



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa



Sistema de registo biométrico no controlo da assiduidade e da pontualidade: Estudo de caso num hospital do SNS

Trabalho de Projecto

Elsa Regina Dias Araújo

V Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

Orientador: Professor Doutor Luís Graça

Lisboa

Julho, 2011

Trabalho de Projecto para obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde, apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, sob a Orientação do Professor Doutor Luís Graça da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Agradecimentos

O apoio e orientação do Professor Doutor Luís Graça, foram fundamentais para a concretização deste projecto de investigação.

Foi igualmente fundamental a participação dos peritos, que colaboraram com os seus testemunhos.

A concretização do trabalho não teria sido possível sem a partilha de emoções e experiências com os colegas do V Curso de Mestrado em Gestão da Saúde.

E finalmente, sempre presente, a minha família que acompanha e estimula os meus progressos.

Com todos partilho este trabalho e a todos o meu muito obrigado.

Resumo

A gestão estratégica (incluindo o planeamento) dos recursos humanos na saúde requer um sistema de informação adequado para enfrentar os desafios do presente e do futuro. A gestão do capital humano da saúde não poderá ser eficiente se os dados com que lida diariamente não são o espelho da realidade. O sistema de registo biométrico no controlo da assiduidade e pontualidade dos profissionais de saúde poderá ser uma ferramenta útil na gestão de recursos humanos do Sistema Nacional de Saúde. Com este trabalho de projecto, pretende-se fazer uma primeira abordagem, descritiva e exploratória, ao campo dos conhecimentos, atitudes e comportamentos dos utilizadores do SRB. Optou-se por um estudo de caso num hospital EPE. Utilizou-se como instrumento de recolha de dados um questionário de resposta fechada com a aplicação de uma escala tipo Likert a uma amostra de conveniência de médicos e enfermeiros.

Face à escassez de literatura científica e ao défice de informação documentada sobre esta temática no SNS, procedeu-se à realização prévia de cinco entrevistas exploratórias, semi-estruturadas, a peritos na área da gestão em saúde.

Por se tratar de um trabalho de projecto, o questionário elaborado não foi aplicado, não existindo por isso dados primários nem a consequente apresentação e discussão de resultados.

Espera-se que as conclusões deste trabalho possam contribuir para sensibilizar gestores quanto à importância desta temática.

Palavras-chave: Gestão de recursos humanos; Absentismo; Assiduidade; Biometria.

Abstract

Strategic management (including planning) of human resources in health requires an adequate information system to meet the challenges of present and future. The management of human health resource can't be effective if deals, every day, with data that is not the mirror of reality. The biometric system, in the control of attendance and punctuality of health professionals, may be a useful tool in human resource management of the National Health System. With this project work, we intend to make a first approach, descriptive and exploratory, in the field of knowledge, attitudes and behaviors of biometric system users. We chose a case study in an EPE hospital. Was used as a tool for collecting data, a questionnaire with enclosed answers, with the application of a Likert scale to a convenience sample of physicians and nurses.

Given the "poor" scientific literature and the lack of documented information about this issue in the NHS, we proceeded to five previous exploratory interviews, semi-structured with experts in the field of health management.

Because it's a work project, the questionnaire was not applied, so there are no primary data, neither both subsequent presentation and discussion of results.

It's hoped that the conclusions of this work may contribute to sensitize managers to the importance of this issue.

Key-words: Human resource management; Absence; Attendance; Biometry.

Índice

1. Introdução.....	10
2. Estado da Arte: Controlo da assiduidade e da pontualidade	13
2.1. Gestão de recursos humanos do SNS.....	16
2.2. Balanço Social.....	18
2.3. Horários de trabalho.....	21
2.4. Absentismo	23
2.5. Atrasos no local de trabalho.....	33
2.6. Controlo da assiduidade e da pontualidade: (i) Sistema Manual; (ii) Cartão magnético; (iii) Sistema biométrico.....	34
2.7. Problemática do controlo de assiduidade e pontualidade através do sistema biométrico.....	39
3. Material e métodos.....	43
3.1. Construção do modelo de análise.....	43
3.2. Desenho da investigação	44
3.3. População e amostra.....	45
3.4. Método de colheita de dados.....	46
3.5. Método de análise de dados.....	47
3.6. Estudo de Caso.....	48
4. Apresentação e discussão dos resultados.....	53
5. Conclusão.....	57
6. Referências Bibliográficas.....	59
7. Anexos.....	65

Índice de Quadros

Quadro n.º 1: Estratégias Motivadoras para retenção e fixação dos recursos humanos nos hospitais	17
Quadro n.º 2: Número de efectivos por carreira/cargo do MS, entre o ano de 2006 e o ano de 2009	20
Quadro n.º 3: Percentagem de trabalhadores do MS por modalidade de horário, entre 2006 e 2009	23
Quadro n.º 4: Taxa geral de absentismo por carreira/cargo de pessoal do MS, entre 2006 e 2009	26
Quadro n.º 5: Factores que estão na origem das ausências ao trabalho	28
Quadro n.º 6: Dias de ausência dos trabalhadores do MS ao trabalho, por motivo de ausência, entre os anos de 2008 e 2009	30
Quadro n.º 7: Síntese de revisão estratégica da gestão da assiduidade exposta por Bevan e Heron (1999)	31
Quadro n.º 8: Número de efectivos por grupo profissional, entre 2006 e 2010 .	49
Quadro n.º 9: Taxa de absentismo do hospital em estudo, no período de 2006 a 2010.	50
Quadro n.º 10: Dias de ausência ao trabalho por motivo de ausência dos profissionais do hospital em estudo, entre os anos 2007 e 2010	50

Índice de Tabelas

Tabela n.º 1: Caracterização da amostra relativamente às variáveis sócio-demográficas	54
Tabela n.º 2: Apresentação dos resultados das afirmações relativamente aos conhecimentos	55

Acrónimos e Siglas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

CIT – Contrato Individual de Trabalho

CNPD – Comissão Nacional de Protecção de Dados

CTFP – Contrato de Trabalho em Funções Públicas

EPE - Entidade Pública Empresarial

EUA – Estados Unidos da América

Fi – frequência absoluta

GRH – Gestão de Recursos Humanos

IGAS - Inspecção Geral das Actividades em Saúde

IGS - Inspecção Geral da Saúde

MS - Ministério da Saúde

MTSS – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PMA - Potencial Máximo Anual

SMZC – Sindicato dos Médicos da Zona Centro

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRB – Sistema de Registo Biométrico

TA – Taxa de Absentismo

THA - Total das horas de ausência

THET – Total de horas efectivamente trabalhadas

UE – União Europeia

1.Introdução

Os recursos humanos são alvo de uma preocupação constante da gestão das organizações, e em particular das organizações de saúde. Os hospitais ocupam um lugar central nos sistemas de saúde e são grandes empregadores (Carvalho, 2009).

Os recursos humanos transformaram-se no activo mais valioso dos serviços prestadores de cuidados de saúde, correspondendo à parcela do financiamento dos hospitais com mais peso (Antunes, 2001, ACSS, 2009). Em 2008, as despesas com pessoal representavam 40,1% das despesas totais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), designadamente 3.523,6 milhões de euros (ACSS, 2009).

Numa era em que a racionalização de recursos e o aumento da competitividade são cada vez mais prementes, todos os esforços devem conduzir à eficiência das organizações. Actualmente, a definição e aplicação de um conjunto de políticas relativas à Gestão de Recursos Humanos (GRH) constituem-se como cruciais ferramentas da gestão organizacional, contribuindo decisivamente para o sucesso dos serviços prestadores de cuidados de saúde (Santana e Vaz, 2009).

Em 2006, a Inspeção Geral da Saúde (IGS) (hoje, Inspeção Geral das Actividades em Saúde, IGAS), especificamente vocacionada para as funções de auditoria, inspecção e fiscalização no sector da saúde, emitiu um relatório de actividades cujas conclusões apontavam para a ausência de sistemas de registo da assiduidade e pontualidade electrónicos, legalmente exigidos, na generalidade das instituições auditadas. Segundo esta entidade, a maioria destas instituições utilizava sistemas manuais, mediante registo em impressos ou livros (entre eles, o famoso *livro de ponto*).

Tendo como base este relatório, o despacho ministerial n.º 187/2007, veio a obrigar as instituições do SNS, a implementar o Sistema de Registo Biométrico (SRB) no controlo de assiduidade e pontualidade de todos os profissionais de saúde, controlo esse que, ao abrigo do Decreto-Lei nº259/98 e da Lei n.º 99/2003, não estaria a ser realizado eficazmente. Esta decisão política, de imediato objecto de contestação por parte de diversas individualidades, sindicatos e ordens profissionais, e mais designadamente por parte da classe médica, foi acatada pelas administrações dos hospitais e demais

estabelecimentos de saúde do SNS que, de pronto, introduziram o SRB no controlo da assiduidade e da pontualidade dos seus profissionais.

Actualmente, e ocorridos mais de três anos da implementação deste SRB, constato que, de acordo com a minha experiência como profissional de saúde, este controlo não faz parte da rotina de “alguns” profissionais, muito embora seja formalmente de cariz obrigatório. Perante esta realidade, e partindo-se do princípio que existiram despesas significativas na concepção, planeamento e implementação, avaliação, manutenção e gestão deste sistema, levantam-se algumas questões essenciais, nomeadamente: Após três anos da implementação desta medida porque é que o SRB não funciona na sua plenitude? O que falhou ou falha, neste processo? Em que sentido o SRB poderá ser uma ferramenta útil na GRH do SNS?

Segundo Bilhim (2009) as decisões de gestão são de uma natureza prática e, em si, não são científicas. A ciência ou o carácter científico da gestão relacionam-se com o tipo de conhecimento obtido previamente às decisões. Este conhecimento é vasto e resulta de conceptualizações em vários campos da ciência, nomeadamente da psicologia, sociologia, economia, ciência jurídica e inclusivamente da ciência política.

Posto isto, deparei-me com uma limitação colossal para a continuação da procura de respostas a estas pertinentes questões. Apesar de abranger um universo de cerca de 130.590 profissionais de saúde, e de fazer parte das suas rotinas diárias, a informação sobre o SRB no controlo de assiduidade e pontualidade é “pobre”, escassa, para não dizer mesmo inexistente.

Deparei-me, assim, com uma grande lacuna bibliográfica, o que me obrigou a colmatá-la com a realização de entrevistas semi-estruturadas exploratórias a peritos, nomeadamente, cinco profissionais com cargos de gestão e de chefia de um hospital do SNS. Estes peritos contribuíram com informação significativa sobre a dimensão sociológica desta temática, indispensável para a elaboração do estado da arte.

Esta é a limitação principal deste trabalho de projecto. Por outro lado, a realidade descrita por estes peritos cinge-se ao hospital do nosso estudo de caso, e ao qual estes intervenientes pertencem. O tempo e os custos associados a uma investigação a nível nacional seriam sempre incomportáveis, face à estruturação deste Mestrado.

Neste contexto, foi efectuada a pesquisa da literatura documental existente relativa aos recursos humanos da saúde, nomeadamente a sua caracterização em termos de balanço social, horários de trabalho, o estudo do absentismo e dos “atrasos”, bem como os sistemas de controlo de assiduidade e pontualidade. Foi abordada mais em pormenor a problemática do SRB e a realidade vivida num hospital do SNS.

O desenvolvimento metodológico adoptado para a elaboração deste trabalho de projecto apresentado no capítulo três, corresponde a uma investigação do tipo exploratório-descritivo e transversal, com a aplicação de um estudo de caso. Projecta-se a aplicação de questionários com questões de resposta fechada com escala tipo Likert, com o objectivo principal de contribuir para a informação sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos dos profissionais de um hospital do SNS, face à implementação do sistema de registo biométrico no controlo da assiduidade e da pontualidade.

Tratando-se de um trabalho de projecto e não de uma dissertação de mestrado, não existe obrigatoriedade na aplicação do instrumento de colheita de dados e consequente tratamento, análise e discussão dos resultados. Derivado a este facto, o questionário elaborado não foi aplicado e a análise e discussão dos resultados foi sucintamente abordada. Esta abordagem cingiu-se à apresentação dos resultados das entrevistas exploratórias e à discussão dos mesmos face ao estado da arte.

As conclusões finais e as limitações do estudo serão descritas no último capítulo deste trabalho de projecto.

2.Estado da Arte: Controlo da assiduidade e da pontualidade.

A IGS / IGAS é um serviço central integrado na administração directa do Estado, sob a tutela do Ministério da Saúde (MS) e especificamente vocacionado para as funções de auditoria, inspecção e fiscalização no sector da saúde, como referido no Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro, republicado no Decreto-Lei n.º 234/2008 de 2 de Dezembro. A IGAS (designação actual) tem como função assegurar o cumprimento da lei e das orientações aplicáveis a elevados níveis técnicos de actuação, em todos os domínios da prestação dos cuidados de saúde, quer por instituições, serviços e organismos do MS, ou por estes tutelados, quer ainda por entidades privadas.

Em 2006, a IGAS emitiu um relatório de actividades, descrevendo as actividades desenvolvidas e os recursos utilizados, a avaliação final dos programas e projectos desenvolvidos no âmbito dessas mesmas actividades e as conclusões.

No âmbito da actuação, cujos objectivos principais se prendem com o funcionamento dos serviços, numa perspectiva de cuidados prestados e recursos utilizados, avaliando o desempenho e o controlo financeiro, a IGAS levou a cabo a inspecção sobre os mecanismos de controlo da assiduidade nos estabelecimentos e serviços do SNS. As conclusões deste relatório mostram a ausência de sistemas de registo da assiduidade e pontualidade electrónicos, legalmente exigidos (por força do Decreto-Lei nº 259/98 de 18 de Agosto), na generalidade das instituições auditadas. A maioria destas instituições utilizava sistemas manuais, mediante registo em impressos ou livros.

Segundo o Decreto-Lei nº 259/98 de 18 de Agosto, a verificação dos deveres de assiduidade e de pontualidade, no que respeita aos serviços e instituições públicos, é efectuada por sistemas de registo automático ou mecânico, salvo casos excepcionais e legalmente autorizados. E, relativamente às instituições com relações jurídicas de trabalho subordinadas ao direito privado, nomeadamente os Hospitais com a natureza de Entidade Pública Empresarial (E.P.E.), é aplicável o Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 99/2003 de 27 de Agosto. O artigo 162.º da referida Lei anuncia que o empregador deve manter um registo que permita apurar o número de horas de trabalho prestadas pelo trabalhador, por dia e por semana, com indicação da hora de início e de termo do trabalho.

Neste contexto, em 2007 foi emitido um despacho do MS (Despacho nº 187/2007) que vinha tornar obrigatório o uso de registos biométricos no controlo da assiduidade e da pontualidade dos funcionários dos hospitais do SNS. O despacho referia ainda que a falta de rigor na verificação do cumprimento dos deveres de assiduidade e pontualidade podia conduzir a deficiências e atrasos na prestação de cuidados de saúde, a ineficiências na organização dos recursos humanos e dos seus tempos de trabalho e à eventual deterioração da relação entre prestadores e utentes.

O despacho foi emitido em Setembro e a implementação desta obrigatoriedade foi iniciada de imediato, em Outubro de 2007, em alguns hospitais do SNS. Conforme o cronograma anexado a este despacho, estas instituições de saúde deveriam ir aderindo progressivamente a este sistema de controlo do registo da assiduidade e da pontualidade.

Há medida que os hospitais foram dando cumprimento a esta obrigatoriedade, foram também surgindo contestações, divulgadas, em grande parte, pela comunicação social. Por parte dos médicos, nomeadamente por parte da Ordem dos Médicos (OM), dos sindicatos e individualidades com papel relevante na chefia de serviços, houve uma clara manifestação de insatisfação em relação a este tipo de controlo.

Dinis da Gama (2007), por exemplo, referiu que a actuação médica hospitalar “não precisava de medidas de controlo temporal”, uma vez que se tratava de uma actividade que dependia essencialmente da “conjugação de inúmeras condições institucionais e diversos e diferentes atributos individuais”. Este director clínico referiu ainda que o horário rígido de entradas e saídas condicionava a actividade médica. Na opinião deste clínico o único controlo que deveria ser realizado a esta classe profissional consistia na avaliação dos resultados das suas actividades clínicas.

Também o Conselho Nacional do Médico Interno (CNMI) da OM (2006) defendeu que o sistema manual utilizado até à data para controlo da assiduidade só deveria ser substituído por um sistema flexível que tivesse em consideração as “especificidades da formação do médico interno”. Neste mesmo parecer, o CNMI referiu ainda apreensão, na medida em que este sistema de controlo iria prejudicar a formação dos médicos internos.

A Secção Regional do Norte da OM (2006) veio a recomendar publicamente que os médicos, nomeadamente os que estavam envolvidos em actos invasivos (área cirúrgica), não dessem início à prática de quaisquer actos médicos que, pela sua

natureza e por se poderem prolongar no tempo (isto é, para além do horário normal de trabalho), acarretassem riscos de descontinuidade de cuidados aos doentes.

João Rodrigues, do Sindicato dos Médicos da Zona Centro (SMZC) (2007), referiu ter dúvidas relativamente às razões formais que estavam na origem desta medida. Este elemento deste grupo representativo da classe médica criticou as razões políticas da medida anunciada, classificando-a como “taylorista” e “retrógrada”, referindo ainda que só se preocupava com esta implementação quem não cumpria os seus deveres e responsabilidades.

Já Carrilho (2007) entendeu que se tratou de uma medida não ofensiva, embora com a suspeita de que as intenções do legislador não seriam inocentes. Este dirigente do SMZC questionou se a produtividade, flexibilidade e justiça seriam as verdadeiras intenções desta medida.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2006), por sua vez, emitiu também um comunicado referindo que existe uma cultura enraizada dentro da classe profissional na garantia da continuidade dos cuidados, que os sistemas automáticos de registo e controlo da assiduidade não traduzem indicadores de qualidade ou produção e que há necessidade de adoptar novas linhas de gestão de recursos humanos e de organização dos cuidados, flexíveis, que passam inevitavelmente pelo poder político, mas tendo em conta o carácter imprevisível das necessidades de cuidados.

Em entrevista ao jornal Expresso, Adalberto Campos Fernandes (2008) referiu que o sistema electrónico vinha desmaterializar um conjunto de procedimentos de natureza administrativa de regulação dos funcionários com vista à modernização dos hospitais. Acrescentava ainda que este sistema era uma ferramenta que possibilitava uma gestão mais transparente e efectiva das equipas, não invalidando o convívio entre flexibilidade e a própria natureza dos horários complexos e rotativos dos profissionais de saúde.

Neste sentido, compreender a gestão de recursos humanos do SNS, nomeadamente o seu peso em termos de número de efectivos, os seus horários de trabalho, a importância da assiduidade/ausência ao trabalho, da pontualidade/atrasos ao local de trabalho e dos sistemas de registo de assiduidade e pontualidade existentes, foi fulcral para a realização deste projecto de investigação.

2.1. Gestão de recursos humanos do SNS

Os profissionais de saúde assumem uma importante dimensão do SNS e determinam a qualidade e a eficiência das respostas dos sistemas de saúde (Antunes, 2001; Santana e Vaz, 2009; OPSS, 2009).

Citando o Relatório da Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) de 2009, os profissionais de saúde são fundamentais para conferir vantagem competitiva às organizações às quais têm uma ligação de parceria e envolvimento e não somente um vínculo de trabalho assalariado. A GRH na saúde é um processo dinâmico e complexo na medida em que deve atender às características individuais dos profissionais e aos interesses e objectivos da instituição.

Para Santana e Vaz (2009) o sucesso dos hospitais e outros serviços de saúde depende da prestação de cuidados de saúde, isto é, da aplicação do conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde e do nível educacional e comportamental com que estes contactam com os utilizadores dos serviços, independentemente dos níveis tecnológicos disponíveis em cada serviço. Estes autores defendem também a importância que cada instituição de saúde deve dar às suas próprias estratégias e políticas internas de GRH, com fim a proporcionarem condições de trabalho adequadas, a par de oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional, e de garantia de comprometimento dos seus colaboradores nos objectivos institucionais e organizacionais.

Na opinião de Antunes (2001) a gestão de pessoal, que é um dos principais factores de influência na produtividade dos hospitais, é descredibilizada derivado à gestão centralizada assumida por estas instituições, uma vez que os profissionais de saúde são, frequentemente, colocados à margem das decisões dos conselhos de administração.

Em termos de GRH, os hospitais deverão adoptar políticas internas que abordem e sistematizem diversas matérias, nomeadamente: o recrutamento e fixação dos recursos humanos, a dotação de serviços e definição de cargas de trabalho, os requisitos habilitacionais dos colaboradores do hospital, a formação contínua, os padrões de conduta dos colaboradores em serviço, a comunicação, a informação aos colaboradores, as suas queixas e reclamações, a avaliação do desempenho, as remunerações e incentivos, as carreiras, a violência contra os colaboradores da

instituição, as nomeações para os cargos na estrutura do hospital, etc. (Santana e Vaz, 2009).

Estes autores acrescentam ainda que os hospitais, para além de adoptarem estratégias políticas concretas com vista a potenciar a produtividade destes profissionais e concretizar a missão da organização hospitalar, devem tentar compreender as necessidades, expectativas e aspirações individuais de desenvolvimento pessoal e profissional dos seus recursos humanos.

Quanto mais valorizadas, motivadas e empenhadas as pessoas estiverem, em termos de competências estratégicas para garantir o sucesso das organizações, nas actividades, objectivos e missão da organização, maior será a taxa de produtividade e grau de desempenho profissional (Antunes, 2001; Bilhim, 2009).

Em suma, os hospitais necessitam de ter em consideração determinados factores de forma a reter e fixar os seus recursos humanos mais adequados à prossecução dos seus objectivos de actividade e qualidade e, ao mesmo tempo, manter uma “pressão motivadora” nos seus profissionais, nomeadamente através das estratégias apresentadas no quadro n.º 1 (Santana e Vaz, 2009).

Quadro n.º 1: Estratégias Motivadoras para retenção e fixação dos recursos humanos nos hospitais.

Estratégias Motivadoras
Projecto de actividade profissional de qualidade;
Meios humanos e técnicos para desenvolvimento do projecto;
Reconhecimento do contributo dos meios humanos;
Estratégia de formação e actualização;
Estatuto remuneratório adequado;
Contratualização interna séria;
Aplicação de um esquema de incentivos.

Fonte: Adaptado de Santana e Vaz (2009)

Antunes (2001) acrescenta ainda que a fixação dos médicos no serviço hospitalar será mais fácil se forem melhoradas as condições de trabalho, o sistema de remuneração e o regime da carreira.

No sentido de se definir e aplicar um conjunto de políticas e estratégias relativas à gestão destes recursos humanos, é necessário saber quem são estes profissionais, quantos são, o que fazem e que competências têm.

Segundo Martins et al (2003. 513), os recursos humanos da saúde são todos os profissionais “envolvidos em actividades cujo principal objectivo seja a promoção, protecção ou a melhoria da saúde das pessoas e das comunidades”.

Atendendo às alterações profundas verificadas no regime de carreiras de alguns profissionais (Lei n.º 12-A/2008 de 27 de Fevereiro), os recursos humanos da saúde, em 2009, estão categorizados por médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores, informáticos, docentes e investigadores científicos, educadores de infância, docentes do ensino básico e secundário, pessoal de inspecção, assistentes técnicos, assistentes operacionais, elementos eclesiásticos e outros (ACSS, 2010).

2.2. Balanço Social

O Balanço Social é simultaneamente um importante meio de informação, um utensílio de negociação e um instrumento de planeamento e gestão nas áreas sociais e de recursos humanos que permite caracterizar os profissionais, detectar os pontos fortes e fracos da gestão destes recursos, o grau de eficiência dos investimentos sociais e dos programas de acção e definir estratégias de actuação (ACSS, 2010; Decreto-Lei n.º 190/96 de 9 de Outubro). O Balanço Social pretende traduzir quantitativamente a situação dos recursos humanos bem como revelar a evolução dos principais indicadores sócio-laborais obtidos (ACSS, 2010).

A sua elaboração foi tornada obrigatória em todas as empresas com, pelo menos, 100 trabalhadores, pela Lei do Balanço Social (Lei n.º 141/85, de 14 de Novembro,

alterada pelo Decreto-Lei n.º 9/92, de 22 de Janeiro). Os hospitais e centros de saúde são também alvo do cumprimento desta lei.

Conhecer os recursos humanos do SNS é uma tarefa complicada, não apenas pela dimensão do efectivo mas também pela dispersão dos dados e fiabilidade das fontes (Rodrigues et al, 2002; Biscaia, Martins e Carrolo, 2007).

Para Martins et al (2003) e Biscaia, Martins e Carrolo (2007), a dificuldade em dimensionar o capital humano da saúde está relacionada com a informação inexistente sobre o número de efectivos que exercem a sua actividade no sector privado e aqueles que exercem no sector privado e no público em simultâneo, e esta é uma realidade aplicável a várias categorias profissionais da saúde. Os múltiplos tipos de vinculação dos profissionais de saúde a estruturas e sistemas de prestação de cuidados potenciam a dificuldade desta avaliação.

Anualmente, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) emite um relatório com a informação quantitativa apurada resultante da recolha, tratamento estatístico e análise dos dados dos balanços sociais das instituições do MS.

Os últimos dados passíveis de obter relativamente ao número destes efectivos, dizem respeito ao ano de 2009. A 31 de Dezembro de 2009, as 77 instituições do MS totalizavam cerca de 130.590 efectivos. Verificando-se, em termos relativos, um acréscimo de 1,6% face a 2008, e de 2,1% em relação a 2007. Hospitais e centros de saúde assumem os valores absolutos mais significativos, 90.007 e 25.885 respectivamente (ACSS, 2010).

O pessoal integrado nos corpos especiais, isto é, aqueles que estão mais directamente envolvidos nos cuidados de saúde, nomeadamente, médicos, enfermeiros, técnicos superiores de saúde e técnicos de diagnóstico e terapêutica, constituíam, em 2009, cerca de 56% dos trabalhadores do MS. As carreiras com maior número de trabalhadores, neste mesmo ano, eram a de enfermagem (39.951) e a médica (23.266). (ACSS, 2010)

O seguinte quadro (n.º 2) discrimina o número de efectivos, entre o ano de 2006 e o ano de 2009, do MS (ACSS, 2009, ACSS, 2010).

Quadro n.º 2: Número de efectivos, do MS, por carreira/cargo, entre o ano de 2006 e o ano de 2009.

Ano	2006	2007	2008	2009
Carreira/Cargo				
Médicos	25.011	25.102	25.106	23.266
Enfermeiros	38.379	38.904	39.561	39.951
Técnicos superiores de saúde	1.736	1.736	1.913	1.889
Técnicos de diagnóstico e terapêutica	7.745	7.730	7.900	7.834
Dirigentes	1.229	1.060	1.050	1.060
Técnicos Superiores	3.396	3.277	3.287	3.479
Informáticos	644	632	632	659
Docente/Investigação	179	169	178	176
Assistente técnico	19.916	19.661	19.603	18.794
Assistente Operacional	30.225	29.402	29.145	29.542
Outro pessoal	296	230	203	821
Prestadores de serviço	(1)	(1)	(1)	3.119
Total Geral	128.756	127.903	128.578	130.590

Fonte: ACSS (2009 e 2010).

(1) Não há dados.

Em 2009, continua a verificar-se uma predominância do sexo feminino, tendo-se mantido a taxa de feminização do ano de 2008 (75,1%). (ACSS, 2010)

Relativamente às modalidades de vinculação, os trabalhadores com contrato de trabalho em funções públicas (CTFP) representam 70,6%, enquanto os contratados ao abrigo do Código do Trabalho contabilizam 26,3% do total, em 2009. (ACSS, 2010)

2.3. Horários de trabalho

Segundo o artigo 13º, n.º 1 do Decreto-Lei nº 259/98 de 18 de Agosto, entende-se por horário de trabalho a determinação das horas do início e do termo do período normal de trabalho diário ou dos respectivos limites, bem como dos intervalos de descanso. O mesmo artigo, na alínea 2, diz-nos que o período normal de trabalho diário é interrompido por um intervalo de descanso de duração não inferior a uma hora nem superior a duas, excepto em casos excepcionais devidamente fundamentados, de modo que os funcionários não prestem mais do que cinco horas de trabalho consecutivo, salvo no caso de jornada contínua.

Em função da natureza das suas actividades, o decreto-lei acima referido diz-nos, no nº 1 do artigo 15º, que as instituições podem ou não adoptar simultaneamente as modalidades de horário existentes, nomeadamente: horários flexíveis, horário rígido, horários desfasados, jornada contínua e trabalho por turnos.

O nº 1 do artigo 16º do Decreto-Lei nº259/98 de 18 de Agosto, define como horários flexíveis, aqueles que permitem aos funcionários e agentes de um serviço gerir os seus tempos de trabalho, escolhendo as horas de entrada e de saída. Trata-se, segundo Teixeira (2005), de um horário que minimiza os conflitos entre as necessidades do trabalhador e as obrigações laborais.

Em contrapartida, e de acordo com o nº 1 do artigo 17º do Decreto-Lei supracitado, um horário rígido é aquele que, exigindo o cumprimento da duração semanal do trabalho, se reparte por dois períodos diários, com horas de entrada e de saída fixas idênticas, separados por um intervalo de descanso.

Horários desfasados (artigo 18º do Decreto-Lei nº 259/98 de 18 de Agosto) são aqueles que, embora mantendo inalterado o período normal de trabalho diário, permitem estabelecer, serviço a serviço ou para determinado grupo ou grupos de pessoal, e sem possibilidade de opção, horas fixas diferentes de entrada e de saída.

A jornada contínua (nº1 do artigo 19º do mesmo diploma, acima citado) consiste na prestação ininterrupta de trabalho, salvo um período de descanso nunca superior a trinta minutos. Já o trabalho por turnos (nº1 do artigo 20º) é aquele em que, por necessidade do regular e normal funcionamento do serviço, há lugar à prestação de trabalho em pelo menos dois períodos diários e sucessivos, sendo cada um de duração não inferior à duração média diária do trabalho.

Perante estas considerações é importante referir também que os deveres de assiduidade e de pontualidade são fundamentais em qualquer relação de trabalho quer com instituições de administração pública quer com serviços de gestão do domínio privado (nº 1 do artigo 14º do Decreto-Lei nº 259/98 de 18 de Agosto, e alínea b) do nº 1 do artigo 121º da Lei n.º 99/2003 de 27 de Agosto).

Conforme descrito no Código do Trabalho (nº 1, artigo 224º, Lei n.º 99/2003 de 27 de Agosto), falta é a ausência do trabalhador no local de trabalho e durante o período em que devia desempenhar a actividade pela qual é responsável. As faltas podem ser justificadas ou injustificadas (nº 1 do artigo 225º, da supracitada Lei).

As faltas justificadas estão previstas no Código do Trabalho (nº 2, artigo 225º Lei n.º 99/2003 de 27 de Agosto) e são as seguintes: ausências motivadas por falecimento do cônjuge, parentes ou afins; prestação de provas em estabelecimento de ensino; impossibilidade de prestar trabalho devido a facto que não seja imputável ao trabalhador, nomeadamente doença, acidente ou cumprimento de obrigações legais; necessidade de prestação de assistência inadiável e imprescindível a membros do seu agregado familiar; justificadas pelo responsável pela educação de menor, para deslocação à escola tendo em vista inteirar-se da situação educativa do filho menor; ao abrigo do estatuto de trabalhador-estudante; por doação de sangue ou socorrismo; por férias; por eleição para as estruturas de representação colectiva; por eleição para cargos públicos, durante o período legal da respectiva campanha eleitoral; e ainda as autorizadas ou aprovadas pelo empregador ou que por lei forem como tal qualificadas, nomeadamente licenças de casamento, maternidade, paternidade e licenças sem vencimento.

Salvo algumas excepções expressamente previstas na Lei, apenas as faltas injustificadas, que são determinadas por exclusão de todas as ausências que não se encontram legalmente estabelecidas como faltas justificadas, constituem uma violação do dever de assiduidade.

Em 2009, a modalidade de horário mais praticada pelos trabalhadores do MS foi o trabalho por turnos (53.044 trabalhadores; 41,6%). Os profissionais que mais cumprem a referida modalidade são os enfermeiros (28.201 trabalhadores). Segue-se o horário rígido (40.593), onde os assistentes técnicos ocupam um lugar de destaque (11.755) (ACSS, 2010). O quadro n.º 3 resume a distribuição de trabalhadores do MS por modalidade de horário, entre o ano de 2006 e o ano de 2009:

Quadro nº 3: Percentagem de trabalhadores do MS, por modalidade de horário, entre 2006 e 2009.

Ano	2006	2007	2008	2009
Modalidade de horário				
Trabalho por turnos	39,73%	40,42%	39,66%	41,59%
Horário Rígido	33,82%	32,12%	35,29%	31,83%
Jornada Contínua	7,14%	7,02%	7,02%	5,30%
Outros	19,31%	20,44%	18,03%	21,28%
Total	100%	100%	100%	100%

Fonte: ACSS, 2009 e 2010.

2.4. Absentismo

Numa economia de mercado competitiva, as organizações têm cada vez mais em atenção a maximização da contribuição do poder de força dos trabalhadores. Fraca assiduidade, por qualquer razão, de qualquer grupo de trabalho poderá levar a um comprometimento sério da produtividade e desempenho da organização (Bevan e Heron, 1999).

O absentismo é uma realidade importante das instituições de saúde e a sua definição não é uma tarefa consensual, dado o difícil confinamento do campo de abrangência do conceito. Metaforicamente, Graça (1996) compara o absentismo a um icebergue, isto é, um fenómeno que não é imediatamente visível como um todo. Existe escassez de estudos relacionados com a incidência, as causas, as consequências e sobre os custos (económicos e sociais) da incapacidade devido a doença e a acidente de trabalho e da própria socialização destes custos, os quais são suportados por todos os contribuintes.

Segundo a Fundação Europeia (1997) o absentismo corresponde à incapacidade temporária, prolongada ou permanente para trabalhar em resultado de doença ou enfermidade.

Graça (2003) define o absentismo, numa perspectiva mais psicossociológica, como um comportamento de ausência individual e exterior à instituição, que esta não pode prever e que remete para o âmbito das relações individuais de trabalho. Neste sentido são excluídos fenómenos de ausência do foro das relações colectivas de trabalho, como por exemplo, as greves e outros conflitos sócio-laborais e do foro da gestão interna da própria instituição, como por exemplo, formação profissional e trabalho suplementar. Trata-se de um fenómeno de etiologia multifactorial, resultante da conjugação de diversos factores, intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo e à empresa.

Mallada (2008) descreve o absentismo laboral como um fenómeno sociológico directamente relacionado com as atitudes do indivíduo e da própria sociedade em relação ao trabalho. Este autor acrescenta ainda que tudo o que propicie a atitudes adequadas por parte da empresa em relação ao trabalho, nomeadamente uma correcta integração, motivação constante, sentimento de pertença, etc., levará a uma redução do absentismo. Pelo contrário, se nada for feito para otimizar essas atitudes (como por exemplo a ausência de promoções, tarefas monótonas e repetitivas), levará a um aumento do absentismo. Para este autor, o absentismo laboral corresponde à ausência de uma pessoa do seu local de trabalho, nas horas correspondentes ao seu dia de trabalho.

Um dos indicadores sócio-laborais mais utilizados para reflectir este fenómeno é a Taxa de Absentismo (TA). Deve ser tomado como um indicador de disfuncionamento psicossocial e organizacional, mas que não pode ser considerado um indicador inteiramente válido e fiável derivado à etiologia que está por detrás do comportamento individual de ausência ao trabalho (Graça, 1996).

Existem duas maneiras de calcular a TA, uma mais favorável e outra mais desfavorável às empresas (Graça, 1996). A primeira, mais favorável, e usada habitualmente nas empresas, é a mais simples, e é calculada através da seguinte fórmula:

$$TA = \text{total das horas de ausência (THA)} / \text{potencial máximo anual (PMA)} \times 100$$

A segunda fórmula, é mais complexa mas também mais rigorosa:

$$TA = \frac{\text{total das horas de ausência (THA)}}{\text{total de horas efectivamente trabalhadas (THET)}} \times 100$$

Anualmente, o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS), especificamente o Gabinete de Estratégia e Planeamento, publica os resultados do tratamento de dados do balanço social fornecidos pelas empresas que, a 31 de Dezembro, tenham ao seu serviço 100 ou mais trabalhadores. O último relatório estatístico sobre o balanço social disponível corresponde ao ano de 2008. A 31 de Dezembro do ano atrás referido, cerca de 2184 empresas entraram no estudo, empregando 833 572 trabalhadores (MTSS, 2010).

De acordo com o balanço social de 2008, o PMA e o THET foram de, respectivamente, 1800 e 1701 horas, em média, em todos os sectores de actividade, o que se traduziu numa taxa de presença de 94,5 %. A TA, face ao PMA foi de 6,7 %. (MTSS, 2010)

A causa que mais contribuiu para a ausência das pessoas ao serviço foi a doença não profissional, responsável por 42,9 % do absentismo. As ausências derivadas de acidente de trabalho tiveram, para o conjunto das empresas, um peso de 7,2 %. As licenças de maternidade/paternidade correspondem a 13% do total de ausências. 1,9% das ausências são derivadas a assistência inadiável, seguido da doença profissional com 0,8%, e posteriormente da suspensão disciplinar com 0,3%. Por fim, 33,9% das ausências são atribuídas a outras causas. (MTSS, 2010)

A TA tem vindo a diminuir desde 2005 (ano em que era de 7%, 2006 e 2007 tiveram o mesmo valor – 6,8%) e esta melhoria, ainda que ligeira, está, certamente, relacionada com a descida, igualmente observada, do peso daquela que é a sua principal causa, a doença não profissional (44,7 % em 2005 e 42,9 % em 2008). Pelo contrário, o peso das horas de ausência em consequência de acidentes de trabalho tem vindo a crescer nos últimos três anos (6,3 % em 2006, 6,8 % em 2007 e 7,2 % em 2008), (MTSS, 2010).

O absentismo dos profissionais de saúde constitui um problema na GRH das organizações, contribuindo para a ineficiência organizacional (Antunes, 2001). Agapito e Sousa (2010) referem que o absentismo laboral, numa unidade hospitalar pode pôr em causa a qualidade dos serviços prestados.

Relativamente ao balanço social dos trabalhadores do MS, no que respeita à TA, em 2009 registou-se uma subida para 8,1%, relativamente a 2008 que era de 7,8%, a

mesma taxa que em 2007. Para efeitos do cálculo da TA e de forma a podermos fazer uma análise comparativa com os anos anteriores, foram excluídas as ausências por conta do período de férias, greves e por acidente em serviço ou doença profissional e outros motivos (ACSS, 2010).

A TA por carreira/cargo de pessoal do MS, entre 2006 e 2009, está representada esquematicamente no Quadro nº 4.

Quadro n.º 4: Taxa geral de absentismo por carreira/cargo de pessoal do MS, entre 2006 e 2009 (%).

Ano				
	2006	2007	2008	2009
Grupo de pessoal				
Médico	5,3	5,2	5,2	6,2
Enfermeiro	7,7	7,3	7,2	7,2
Técnico Superior de Saúde	6,4	6,3	6,8	10,8
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	7,8	7,5	7,1	6,6
Dirigente	2,8	2,3	2,9	3,2
Técnico Superior	(1)	6,6	7,0	7,0
Informático	3,7	3,9	4,8	4,6
Docente/Investigação	3,7	3,7	3,4	4,5
Assistente Técnico	(1)	8,5	8,7	9,0
Assistente Operacional	(1)	9,1	10,4	11,1
Total	7,9	7,8	7,8	8,1

Fonte: ACSS (2009 e 2010).

(1) Não há dados.

Uma vez calculada a TA, é possível procurar os custos que esse absentismo provoca a nível da empresa (Davies, 1993). Segundo Tylazak (1993), qualquer organização que tenha 15% dos trabalhadores em falta num determinado momento, terá muito provavelmente comprometidos os lucros, produtividade e rendimento. Estes custos

podem advir de vários factores, nomeadamente, através dos subsídios em caso de doença, custos provenientes de substituições temporárias, a necessidade de financiar trabalho extraordinário e a quebra de produção (Davies, 1993). Esta autora menciona ainda a existência de custos não visíveis (também chamados *ocultos*) mas que podem atingir um valor considerável se forem depreciados, designadamente o aumento da pressão a nível administrativo, em resultado da alteração das rotinas ou do pagamento de subsídios por doença; o aumento da pressão na acção da chefia e a interrupção do fluxo de trabalho.

Para que o absentismo possa ser controlado é necessário compreender as múltiplas causas que determinam a sua ocorrência. A delimitação das causas do absentismo tem sido uma tarefa difícil para os investigadores da área, devido à sua complexidade. As justificações fraudulentas, responsáveis por metamorfosear as ausências voluntárias em ausências involuntárias, contribuem, em larga escala, para a dificuldade em determinar as verdadeiras causas deste fenómeno (Gardner e Taylor, 1975).

No entanto, a doença é o motivo mais vulgarmente apontado nas ausências ao trabalho (Davies, 1993; Graça, 1996, Fundação Europeia, 1997, Bevan e Heron, 1999).

Segundo Graça (1996), de entre as ausências motivadas por *outras causas* (que constituem um terço das ausências totais ao trabalho), importaria também saber quais são as de curta ou de curtíssima duração (menos de três ou menos de cinco dias, conforme o contrato de trabalho) pois são estas que poderão, muitas vezes, dar a perceber o verdadeiro motivo da ausência, isto é, conhecer o comportamento individual que leva o trabalhador a faltar ao trabalho.

Outros autores (Gardner e Taylor, 1975; Davies, 1993) acrescentam ainda que são estes os motivos de ausência que necessitam de ser examinados para se poder reduzir consideravelmente os níveis de absentismo, uma vez que são motivos considerados disciplinares, relacionados mais com conduta do que com capacidade. Este tipo de ausências e as relacionadas com a segurança, higiene e saúde no trabalho, poderiam ser objecto de intervenção das empresas no sentido da sua redução, controle e prevenção.

Mallada (2008) classifica o absentismo segundo as suas causas. Para este autor distingue-se o absentismo legal ou involuntário e o absentismo pessoal ou voluntário. O absentismo legal ou involuntário caracteriza-se por causar custos à empresa,

nomeadamente porque o trabalhador continua a ser remunerado, nestes casos encontramos as ausências motivadas por doença, acidente de trabalho, licenças abrangidas pela lei, doenças profissionais e outras. O absentismo pessoal ou voluntário caracteriza-se por ser um custo de oportunidade para a empresa, isto é, em determinadas circunstâncias o trabalhador não é remunerado. Trata-se de ausências motivadas por conflitos laborais, ausências não autorizadas e compromissos pessoais dos trabalhadores.

Bevan e Heron (1999) analisaram vários estudos relacionados com o absentismo e as conclusões principais dessa análise referentes às causas que poderão estar na origem das ausências ao trabalho estão sintetizadas no Quadro nº 5.

Quadro nº 5: Factores que estão na origem das ausências ao trabalho.

Factores que estão na origem das ausências ao trabalho	
Local de trabalho	Tempo de demora casa-trabalho
	Excesso de horas de trabalho
	Horários de trabalho
	Riscos no local de trabalho
Atitudes e factores de stress no trabalho	Satisfação no trabalho
	Satisfação com a carreira
	Intenção de mudar
	Relação trabalhador /gestor
	Identificação com a organização
	Stress
	Cultura de absentismo
Saúde e Estilos de vida	Hábitos tabágicos
	Hábitos etanólicos
	Condição de saúde
	Actividade física
	Índice de massa corporal

Fonte: Adaptado de Bevan e Heron (1999).

Na perspectiva de Davies (1993), os factores que poderão estar na origem das ausências ao trabalho podem-se situar em três categorias principais: a empresa, o indivíduo e o ambiente. As razões para o absentismo relacionadas com a empresa dizem respeito, na maioria das vezes, com o resultado da insatisfação com o trabalho ou com a chefia. As razões relacionadas com o indivíduo podem incluir os conflitos com colegas e chefia, incapacidade de desempenho do cargo e incapacidade de suportar a pressão. As razões para o ambiente de trabalho estão relacionadas com o facto de a empresa cultivar o absentismo.

Gardner e Taylor (1975) referem que as causas do absentismo estão directamente relacionadas com o trabalho, com condições de saúde, com problemas individuais em casa ou com a personalidade do indivíduo, ou inclusive com a combinação destes motivos.

Os trabalhadores do SNS são extremamente diversificados em termos de profissão e competências em comparação com muitos outros do sector público. Em muitas situações, o trabalho físico e psicológico destes funcionários é extremamente exigente o que aumenta o risco de doenças e lesões e, consequentemente a ausência ao local de trabalho (NHS Information Centre, 2011).

Antunes (2001) afirma que a produtividade da actividade médica é, regra geral baixa e que tal se deve ao não cumprimento dos horários mínimos a que estes profissionais estão legalmente obrigados, isto é o número de horas de trabalho que constitui na obrigação contratual individual. Este autor refere que frequentemente não são cumpridas as 12 das 35 horas semanais de trabalho de urgência a que estes profissionais são obrigados e que a causa desta ausência do período de trabalho no hospital está relacionada com a necessidade de estes estarem presentes em actividades privadas, nomeadamente consultórios particulares. Refere também que não tem conhecimento de que alguma vez, no seu hospital, algum médico tenha sido alvo de qualquer sanção significativa por razões relacionadas com a assiduidade.

A falta de controlo de assiduidade dos médicos e de *“outro pessoal superior”*, segundo este autor, só poderá ser colmatada através de mecanismos de verificação apropriados, implementando-se o registo de presença.

Relativamente aos dados obtidos através do ACSS, no que diz respeito à distribuição das ausências por motivos de ausência dos profissionais do MS ao trabalho, em 2008

e 2009, estes encontram-se organizados no quadro nº 6. A distribuição das ausências é semelhante aos anos anteriores, continuando a doença a ser o motivo mais representativo (50,1%), (ACSS, 2010).

Quadro nº 6: Dias de ausência dos trabalhadores do MS ao trabalho, por motivo de ausência nos anos de 2008 e 2009.

Ano	2008		2009	
	Nº de dias	%	Nº de dias	%
Motivo de ausência				
Casamento	23.904	1,1	24.672	0,9
Parentalidade	556.860	25,3	592.087	20,6
Doença	1.403.406	63,9	1.441.213	50,1
Assistência a familiares	104.674	4,8	92.183	3,2
Outros	108.517	4,9	727.472	2,0
Total	2.197.360	100,0	2.877.627	100,0

Fonte: ACSS (2010).

Após conhecermos esta realidade, que não pode ser depreciada, uma vez que, como vimos, existem custos acrescidos com a ocorrência deste fenómeno tão real das nossas empresas, é importante referir as medidas de protecção e promoção da saúde dos trabalhadores e de outras políticas na área da GRH, existentes na literatura. Como referem os autores Gardner e Taylor (1975) e Tylazak (1993) a prevenção é melhor do que a cura.

Graça (2003) aponta algumas medidas, designadamente: (i) uma política efectiva e concreta de redução do absentismo e prevenção das suas causas; (ii) a melhoria da organização e condições de trabalho; (iii) a melhoria do clima organizacional; (iv) o reforço da motivação e satisfação no trabalho; (v) o aumento das oportunidades de participação e consulta dos trabalhadores e seus representantes e (vi) o apoio sócio-familiar.

Davies (1993) acrescenta que a responsabilidade pelo controlo do absentismo cabe directamente ao chefe ou supervisor. Tylazak (1993) menciona os oito passos para melhorar o ambiente de trabalho, referindo que um bom clima é a chave de uma

reduzida taxa de absentismo. Desta forma, o chefe deve: dar o exemplo, manifestar apreço com feedback positivo, procurar agradar, estimular, integrar o trabalhador na equipa, promover activamente a participação de todos os trabalhadores, ponderar e delegar.

O Quadro n.º 7 sintetiza uma revisão estratégica exposta por Bevan e Heron (1999), na qual são apresentadas três tipos de abordagens associadas a várias práticas que gestores, de pequenas e grandes organizações, podem adoptar na abordagem da gestão da assiduidade.

Quadro n.º 7: Síntese de revisão estratégica de gestão da assiduidade exposta por Bevan e Heron (1999).

Tipos de Abordagem	Práticas	
Políticas de Gestão	Clareza nos procedimentos	Esquematização clara das políticas de gestão relativamente à assiduidade.
	Comunicação estratégica	Dar conhecimento aos trabalhadores de que a assiduidade é um factor importante e que comportamentos intoleráveis podem levar a sanções disciplinares.
	Entrevistas pós regresso ao trabalho	Entrevistas devem incluir vários aspectos, nomeadamente: preparação do gestor directo, comunicação do assunto da entrevista, revisão do período de ausência, recordar o histórico do trabalhador em termos de absentismo e revisão das responsabilidades do trabalhador na assiduidade.
	Processos de recrutamento e selecção	Procurar conhecer os registos de ausência anteriores dos trabalhadores.
	Formação do gestor directo	O gestor directo tem um papel essencial na gestão da assiduidade do trabalhador e como tal deve obter formação adequada em várias áreas.

(Continua)

Quadro n.º 7: Síntese de revisão estratégica de gestão da assiduidade exposta por Bevan e Heron (1999). (Continuação)

Tipos de Abordagem	Práticas	
Medidas Preventivas (Promoção da saúde)	Melhorar a saúde individual	Iniciativas para cessar com hábitos tabágicos; Campanhas sobre alimentação saudável; Despender tempo para o exercício ou lazer; Controlar o peso; Realização de exames de saúde; Medidas de aconselhamento ou de apoio à gestão de stress.
	Condições de trabalho flexíveis	Horários de trabalho flexíveis ou diversidade de contratos de trabalho.
	Acessibilidade ao local de trabalho	Desenvolver medidas práticas sobre o acesso (transportes) ao local de trabalho.
	Melhoria do ambiente físico no trabalho	Conhecer os locais de trabalho e melhorar as suas condições físicas.
	Projecto de trabalho	Rotação dos trabalhadores; Promover a variedade de tarefas e de responsabilidades; Permitir ao trabalhador o controlo sobre determinada tarefa ou sequência.
	Gestão de expectativas de carreira	A organização deve ser sensível às preocupações dos trabalhadores dando, se necessário, apoio e informação que permita o desenvolvimento da carreira.
Recompensar a assiduidade	Reconstruir a confiança e a lealdade	Melhorias na comunicação, consulta e participação dos trabalhadores nas tomadas de decisão.
	Bónus em formato de pagamento.	

Fonte: Adaptado de Bevan e Heron (1999).

2.5. Atrasos ao local de trabalho

Segundo a IGAS no relatório nº 51 de 2011, sobre o Funcionamento do Gabinete do utente/cidadão dos Estabelecimentos e serviços do SNS em 2010, verificou-se que relativamente à tipologia das reclamações, foi a “prestação de cuidados de saúde” que mais reclamações motivou (56,5%). Nesta tipologia, o “Tempo de espera para a prestação de cuidados de saúde” foi o factor principal que motivou estas reclamações (32,13%).

Os atrasos dos profissionais de saúde comprometem a continuidade dos cuidados. Os profissionais de saúde, designadamente aqueles que têm um horário por turnos ou jornada contínua, em que há rendição de equipas, devem necessariamente cumprir os horários de forma a não *obrigar* o colega a permanecer na prestação de cuidados além da jornada a que está obrigado por lei. A alínea e), artigo 83.º, secção II do Código Deontológico inserido no Estatuto da OE (repblicado como anexo pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro), refere que no caso em que a ausência do enfermeiro interfira com a continuidade de cuidados, aquele dever-se-á manter no seu local de trabalho enquanto não for substituído.

Uma verificação cuidadosa e a manutenção de um registo da assiduidade e dos atrasos são factores essenciais em quaisquer medidas políticas que procurem o seu controlo. Qualquer plano de controlo de assiduidade e pontualidade deve garantir a correcta identificação destes indivíduos. É fundamental conhecer quem falta, porque falta e durante quanto tempo está ausente (Gardner e Taylor, 1975)

O tratamento de dados estatísticos e o cálculo de indicadores do balanço social, envolve muitas horas de trabalho quando é realizado manualmente e, numa era em que as novas tecnologias e a informática dominam, não se justifica a não existência da informação sobre assiduidade e pontualidade informatizada. Segundo Martins et al (2003), um sistema de informação de qualidade terá que possuir determinadas características, nomeadamente clarificação, consolidação e divulgação generalizada dos conceitos que lhe servem de base. Neste contexto, o sistema deve emitir indicadores referentes aos recursos humanos que possam constituir instrumentos que possibilitem uma caracterização eficaz deste capital humano e que traduzam resultados da eficiência das políticas e estratégias das organizações de saúde.

Para Davies (1993), o método de registo deve ter como objectivos principais: obter informação rapidamente quando o problema se verifica, obter informação a partir da qual se possam analisar os vários motivos das ausências e permitir uma tomada de decisão rápida quando um indivíduo apresenta um registo intolerável, aplicando sanções disciplinares.

2.6. Controlo da assiduidade e da pontualidade

Ao longo do tempo têm sido adoptados vários sistemas de controlo de assiduidade e pontualidade. Destacam-se os sistemas manuais, mecânicos e biométricos.

Sistemas Manuais

Os sistemas manuais de registo de assiduidade e pontualidade reportam-se ao suporte de papel, denominados por livros/folhas de ponto que correspondem a impressos específicos. Estes registos manuais têm a desvantagem de poderem ser boicotados, através da assinatura de qualquer outra pessoa que não o próprio ou mesmo através do registo de hora de entrada ou saída não correspondente à realidade, uma vez não existir prova da hora exacta em que o livro fora assinado.

Sistemas Mecânicos

Estes sistemas dizem respeito aos cartões com banda magnética que registam a hora de entrada e saída após serem validados em dispositivos automáticos. Embora este método traduza com mais precisão a hora de entrada e de saída, também ele pode ser boicotado através da utilização de uma outra pessoa que se disponibilizasse a validar o cartão do colega (Frois, 2008).

Sistema Biométrico

Biometria vem do grego “*bios*” (vida) e “*metron*” (medida), traduzindo-se literalmente como a “*medida da vida*”. Biometria também pode ser definida como a aplicação de métodos estatísticos para a solução de problemas biológicos, que passam pela

identificação utilizando dados biológicos. (Sokal e Rohlf, 1995, Mordini e Petrini, 2007)
A biometria estabelece-se na mensuração e na enumeração com o objectivo de dar aos factos biológicos uma “expressão quantitativa plausível” (CNPd, 2004).

Os sistemas biométricos prendem-se com métodos automáticos de verificação e reconhecimento da identidade de um ser humano através de características fisiológicas ou de comportamento (Miller, 1994, Van Der Ploeg, 2007). As características fisiológicas incluem a impressão digital, a voz, a retina, a íris, a face, a geometria da mão, geometria do pé, formato da orelha, padrões da pele, o ADN. As características comportamentais dizem respeito à forma da escrita e padrões de pressão sobre as teclas (Miller, 1994, Johnson e Williams, 2007, Van Der Ploeg, 2007, Mordini e Petrini, 2007).

A biometria pode ser usada de duas formas. A primeira é a identificação e responde à questão: Quem é esta pessoa? Trata-se de determinar a identidade de alguém comparando com os inúmeros dados fornecidos pela base de dados. A segunda trata-se da verificação, respondendo-se à questão: será esta pessoa quem ela reclama ser? Neste caso, é feita a comparação da informação biométrica da pessoa com aquela que está na base de dados (Mordini e Petrini, 2007).

Na nossa sociedade actual, em que vigoram sistemas burocráticos e administrativos, estes dados são chamados dados pessoais e reportam-se a toda e qualquer informação, incluindo de natureza audiovisual, relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável. Do ponto de vista jurídico, “é considerada identificável a pessoa que possa ser identificada, designadamente por referência a um número de identificação ou a um ou mais elementos específicos da sua identidade física, fisiológica, psíquica, económica, cultural ou social” (alínea a) do artigo 3º da Lei nº 67/98 de 26 de Outubro). Em antropologia, a identificação refere-se a um processo de conhecimento do outro, o qual é diferente de qualquer outra pessoa (Frois, 2008). As características biométricas correspondem, assim, a uma parte da individualidade das pessoas (CNPd, 2004).

O tratamento dos dados pessoais, previsto na alínea b) do artigo 3º da Lei nº 67/98 de 26 de Outubro, baseia-se na operação ou num conjunto de operações sobre estes dados, efectuado com ou sem meios automatizados.

A biometria remonta aos antigos egípcios, com a medição como forma de identificação. No entanto, a introdução destes dispositivos biométricos automáticos

surgiu nos anos sessenta nos Estados Unidos da América (EUA) em departamentos que necessitavam de grande controlo de segurança, e consistiam no reconhecimento do comprimento dos dedos (Miller, 1994). Posteriormente a implementação de sistemas de vigilância tem vindo a ser exponencial, nos EUA e Reino Unido, sob os argumentos de protecção do Estado e dos cidadãos, associado a actos de terrorismo (Frois, 2008).

Desde o Tratado de Amesterdão (assinado em 1997) no qual foi estabelecido que a União Europeia (UE) seria um espaço de *liberdade, segurança e justiça*, foram feitos esforços significativos para melhorar os métodos existentes de gestão do movimento de pessoas em toda a UE, nomeadamente nas fronteiras e na investigação do crime organizado. Algumas das respostas políticas e operacionais do 11 de Setembro de 2001, nos EUA, fizeram acelerar os níveis de interesse e investimento nestas tecnologias (Johnson e Williams, 2007).

Actualmente e com o aperfeiçoamento da tecnologia e a redução no custo dos diapositivos, estes sistemas de identificação, desenvolvidos em inúmeros países, assumem diferentes propósitos, nomeadamente na segurança (visitas a presidiários), pagamentos (bancos), controle de imigração e gestão eleitoral (Miller, 1994; Mordini e Petrini, 2007). Para Mordini e Ottolini (2007) o desenvolvimento dos sistemas automáticos de identificação humana, é actualmente, resultado da globalização.

Portugal é um país que tem vindo a implementar sistemas de vigilância e identificação com base na tecnologia. Na perspectiva de Frois (2008) a implementação destes sistemas em Portugal prende-se com a modernização dos serviços públicos e estatais, do combate ao atraso relativamente à actualização tecnológica, em comparação com outros países mundiais. Neste contexto começam a ser também largamente utilizados dispositivos de recolha de dados biométricos para fins da verificação de identidade e controlo de assiduidade e pontualidade no local de trabalho (CNPd, 2004).

A particularidade deste novo método de controlo de assiduidade e pontualidade prende-se com o facto de que o trabalhador tem de aceitar que elementos da sua identidade física, morfológica ou comportamental sejam captados e armazenados numa base de dados e apresentados perante um “sistema de reconhecimento” à entrada e à saída do local de trabalho. No entanto a introdução deste sistema na empresa/instituição deverá procurar obter o consenso dos trabalhadores e não ser imposto.

As características pessoais do trabalhador, fornecidas através da impressão digital, íris, geometria da mão ou geometria facial, são transformadas num *template*. Este *template*, que representa numericamente a característica biométrica captada, é gerado através de processo de algoritmização e não permite descodificar e reproduzir, de forma digitalizada, a amostra biométrica original, isto é, os sistemas biométricos não utilizam a tecnologia da digitalização da imagem mas sim a codificação dos dados recolhidos. As *chaves* dos respectivos *templates* estão na posse do fabricante e são inacessíveis às empresas que fornecem e adquirem os equipamentos (Miller, 1994, CNPD, 2004, Van Der Ploeg, 2007, Mordini e Petrini, 2007). Está salvaguardada, desta forma, a privacidade dos trabalhadores.

As questões éticas relacionadas com a salvaguarda dos direitos humanos, nomeadamente a protecção de dados pessoais, a confidencialidade, a liberdade do indivíduo e a relação entre os direitos individuais e colectivos são, aliás, dos aspectos mais controversos destes sistemas tecnológicos (Mordini e Petrini, 2007). A Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) em 2004, afirmava também que, a admissão destes sistemas biométricos no âmbito da relação de trabalho deveriam procurar ser introduzidos não de forma imposta mas sim com o objectivo de obterem adesão entre os trabalhadores e alcançar assim a eficácia da sua utilização.

A CNPD foi chamada a pronunciar-se, pela primeira vez, sobre a utilização de dados biométricos, no âmbito do local de trabalho em 2002. Em 2004, emitiu um documento, com o título “Princípios sobre a utilização de dados biométricos no âmbito do controlo de acessos e de assiduidade” no qual dá a conhecer as funcionalidades dos sistemas biométricos e os limites a respeitar na recolha e tratamento dos dados pessoais.

O princípio da proporcionalidade determina que o tratamento de dados pessoais deve ser avaliado em termos de “idoneidade e de intervenção mínima”. (CNPD, 2004)

Os critérios a ter em conta na escolha de um sistema biométrico prendem-se com o conforto na utilização, a precisão a relação qualidade/preço e o grau de segurança (CNPD, 2004).

As vantagens deste sistema são: (i) permite que as pessoas sejam identificadas sem requerer cartões de identificação ou memorização de códigos secretos, (ii) impossibilita a falsificação dos registos de entrada e saída dos locais de trabalho uma vez que implica a presença corporal da pessoa no local em que dá entrada no serviço e (iii) confere segurança, homogeneidade e fiabilidade dos dados (Negin, 2000; CNPD,

2004; Frois, 2008; Despacho n.º 187/2007). A inclusão de dispositivos de recolha de dados biométricos permite identificar e controlar as entradas e saídas dos profissionais da instituição, permite conhecer atrasos, saídas antecipadas e inclusivamente ausências.

Os bons identificadores biométricos caracterizam-se por serem universais, na medida em que todos os indivíduos possuem características biométricas; e permanentes, isto é, a característica biométrica de cada pessoa, permanece constante ao longo do tempo (Mordini e Petrini, 2007).

No entanto, este sistema não é imune a falhas ou enviesamento de dados. Em termos de validade dos dados, podem ocorrer dois tipos de falhas do sistema: a *taxa de falsa rejeição*, que é a taxa de erro na qual o sistema rejeita uma identificação verdadeira e a *taxa de aceites falsos*, que é a taxa de erro em que os sistemas aceitam uma falsa identidade (Negin, 2000, Miller, 1994, CNPD, 2004). As existências de uma grande possibilidade de *falsos utilizadores* poderem ser aceites, permite que ocorram trocas de identificação de alguns trabalhadores e desta forma, registos de atrasos, faltas ou presenças de forma indevida (CNPD, 2004).

Por estes sistemas não serem infalíveis e apresentarem as suas limitações em matéria de qualidade de desempenho, a qualidade e aceitação de um sistema biométrico dependem em grande parte da avaliação do seu grau de desempenho, isto é, da sua capacidade de resposta em termos de velocidade, identificação e taxa de precisão ou de erro (CNPD, 2004).

A característica de reconhecimento biométrico mais comumente utilizada nos controlos de assiduidade e pontualidade dos profissionais de saúde nos hospitais é a impressão digital. Esta é a técnica de reconhecimento mais antiga, utilizada há mais de um século na identificação de criminosos. Os terminais de reconhecimento da impressão digital são constituídos por luzes, lentes e um sensor de imagem que digitaliza com uma resolução elevada. À impressão digital, está sempre associado um código de identificação (número). A impressão digital é talvez o método de reconhecimento mais familiar aos indivíduos. Não é intrusivo, é prático e relativamente económico (Fowler in Miller, 1994).

No entanto esta característica também apresenta desvantagens. A leitura da impressão digital através deste mecanismo não é por vezes processada, por características associadas à pele da pessoa.

2.7. Problemática do controlo da assiduidade e da pontualidade

O objectivo principal do sistema de registo biométrico (SRB) dos profissionais dos hospitais é a eficiência da gestão efectiva dos recursos humanos, ou seja, a optimização dos recursos e a redução de custos. Este sistema, aliado a um programa informático moderno, permite um melhor planeamento do trabalho das equipas reduzindo a necessidade do recurso de horas extra. É uma ferramenta que permite descentralizar o acesso à informação com a eliminação do papel e acelerar a comunicação entre as diversas partes envolvidas nos processos.

As valências principais deste sistema são: (i) marcação de ponto colectivo, registando o perfil de assiduidade e pontualidade de todos os profissionais; (ii) criação de horários flexíveis, adaptados à realidade dos profissionais de saúde dos hospitais (horários fixos, horários rotativos, planeamento de férias); (iii) ligação automática ao sistema de salários e (iv) processamento dos vencimentos.

No caso em particular do hospital em que foram feitas as entrevistas exploratórias a peritos (anexos 1, 2, 3, 4 e 5) e com base na observação directa do investigador, a realidade deste sistema está longe de se aproximar do ideal, vários tendo sido os factores que contribuíram para este insucesso e que a seguir se inventariam e descrevem.

A oferta de mercado a nível destes *softwares*, aplicados aos hospitais, era, em 2007, muito limitada, os SRB existentes não se adequavam à realidade hospitalar (entrevista 5).

A implementação do sistema foi repentina, o que levou a dificuldades de integração e adaptação inicial. Segundo os peritos, a formação acerca da implementação do sistema não correu bem inicialmente, isto porque, foi “rápida” e “insuficiente” e os conteúdos dados numa sessão de formação não foram consolidados (entrevista 3). Perante esta situação e pelo facto das chefias apresentarem dificuldades no manuseamento do sistema informático, na elaboração de escalas, no cálculo das horas de trabalho, foi necessário realizar nova formação, personalizada com as chefias (entrevista 3 e 4);

Três dos entrevistados reconhecem que “o sistema foi boicotado e acompanhado de excepções desde início” (entrevistas 1, 2 e 3). Apesar de existir uma circular normativa interna, que descreve o regulamento de cumprimento dos deveres de assiduidade e pontualidade, “parte dos gestores faz cumprir a directiva, outros não se interessam nem supervisionam o seu cumprimento” (entrevista 1, 3 e 4 e observação directa) e “outros delegam essa tarefa a funcionários sem cargo de chefia” (entrevista 3). O controlo da pontualidade e assiduidade acaba por ser feito através da proximidade do gestor ao trabalhador (entrevista 1 e 4).

Embora estas “actividades fraudulentas sejam do conhecimento do conselho de administração, ninguém é penalizado” (entrevistas 1, 2, 3, 4, 5 e observação directa), “a não ser monetariamente nos casos dos profissionais que recebem à hora”, controlo esse que é feito pelo SRB (entrevista 3).

O sistema deveria ter sido implementado de forma mais rigorosa, uma vez que a existência de pontos de registo biométrico localizados estrategicamente (parques de estacionamento, por exemplo), facilitam o não cumprimento da assiduidade (entrevista 1 e 4).

Após as chefias aprenderem a manusear o sistema informático, outros obstáculos foram detectados. O programa informático não se adaptava à realidade do hospital nem às características dos horários de trabalho das diferentes categorias profissionais. O programa não consegue parametrizar uma imagem reflectora dos serviços, a rotatividade e complexidade dos horários dos profissionais dos hospitais não é *compreendida* pelo sistema (entrevistas 1, 2, 3, 4, 5).

O sistema não gera escalas tendo em conta a complexidade dos elementos das mesmas, designadamente: distinção entre chefes de equipa e elementos menos diferenciados (entrevista 2). Desta forma os dados têm de ser introduzidos manualmente, um por um, o que acarreta dispensar muito tempo do gestor com o sistema (entrevistas 1 e 5).

Os pedidos de trocas eram feitos no papel. Após autorização, a chefia passava para o sistema (entrevistas 1, 2 e 4).

O sistema apresentava mais de setecentos horários numa longa lista e a chefia tinha de encontrar aquele que se adequava ao funcionário (entrevista 2 e 5).

Este *software* apenas fazia a listagem daqueles que realizavam o SRB (entrevista 5).

Não tinha capacidade de elaborar relatório de faltas, nem qualquer outro relatório. Não fazia planos de férias, nem cálculo de horas extra e horas suplementares. Não fazia a soma das horas no final do horário (entrevista 5).

O funcionário apenas conseguia ver a conta corrente e os próprios registos biométricos (entrevista 5 e observação directa).

Em termos de GRH, este *software* não extrapolava os horários para a aplicação de vencimentos, era tudo feito manualmente. Cumprir o SRB era indiferente para a aplicação de vencimentos (entrevistas 1, 4 e 5).

Todas as actualizações necessárias que o sistema pedia constantemente, tornavam-no moroso e complexo e criou resistências. O sistema não é *user friendly* (entrevistas 1, 2, 3, 4, 5).

As máquinas deterioram-se com o tempo, os botões dos algarismos estão danificados e o visor apresenta a mensagem “a configurar” frequentemente, pelo que é necessário percorrer o hospital até outro local de registo biométrico. As assistências às máquinas pelos respectivos técnicos não são imediatas e podem levar semanas (observação directa).

Existem profissionais cuja impressão digital nunca foi reconhecida pelas máquinas pelo que a assinatura foi sempre em suporte de papel (entrevistas 4 e 5 e observação directa).

As actualizações no sistema são observadas pelos profissionais, 24 horas depois (observação directa).

Não houve preparação dos profissionais sobre como iria funcionar o sistema biométrico nem informação dada sobre a privacidade dos dados biométricos recolhidos e de como seriam tratados. Houve informação aos profissionais, através de circular normativa, do carácter obrigatório e do risco de penalização no caso de o sistema não ser cumprido (observação directa).

No entanto, a implementação do SRB não foi em vão, segundo os entrevistados. O sistema biométrico é um instrumento moralizador na medida em que cria uma cultura de responsabilidade para com a organização, na assiduidade e pontualidade dos seus recursos humanos (entrevistas 1, 2 e 3). Ajuda a dar “visibilidade” à assiduidade e pontualidade das pessoas (entrevistas 1 e 4). O sistema biométrico deve continuar, mas adaptado à realidade hospitalar e ser amigável do utilizador (entrevistas 1, 2 e 3).

Há cerca de dois meses, desde Abril/Maio de 2011, foi adquirido um novo *software* pelo hospital. A implementação deste novo sistema informático está a ser progressiva e gradual e, embora numa fase ainda inicial, este aparenta ser uma ferramenta útil e compatível com a realidade hospitalar (entrevista 5). Algumas chefias de enfermagem já iniciaram a sua aplicação. Está a ser dada formação por uma nova empresa, detentora do programa, no sentido de acompanhar a implementação do novo *software* (entrevista 5). Este novo sistema informático permite uma panóplia de comandos que o anterior não permitia (entrevista 5). Segue-se a descrição desses comandos.

Em primeiro lugar, possibilita elaborar horários adaptados à realidade, nomeadamente horários fixos e horários rotativos, com contagem das horas individualmente, número de efectivos (mínimos e máximos) e número de turnos.

Permite que o horário impresso, para afixação no serviço, apresente ou oculte as características que a chefia quiser, designadamente, os feriados e tolerâncias a gastar, o somatório de horas, horas da conta corrente, etc. Relativamente às trocas, os funcionários passam a efectuar o pedido directamente no sistema, após autorização dada, a chefia altera o horário.

O sistema cria, além disso, o registo de uma bolsa de assiduidade em que apresenta a classificação do funcionário em termos de pontualidade e disponibilidade. Fornece tolerância de quinze minutos nas entradas e saídas e este não precisa de as justificar.

Faculta o acesso a uma bolsa de feriados e de tolerâncias a gastar. Regista os planos de férias, as alterações pela chefia ou pedidos de alteração pelos funcionários.

Mais: Este *software* permite identificar vários estados de ausência, especificadamente comissões de serviço, descansos complementares, folgas, feriados, tolerâncias, horas de amamentação, formações, nojo, etc. O funcionário consegue justificar as suas ausências embora haja sempre necessidade de o departamento de recursos humanos validar o documento original, no caso de apresentação de comprovativo médico ou outro. Emite relatórios de ausência, assiduidade, férias, licenças, etc.

Possibilita ainda classificar as horas em horas extra e suplementares. Permite, por fim, que, através do processamento dos dados, estes sejam extrapolados para a aplicação de recursos humanos (presente neste *software*), calculando os vencimentos dos funcionários.

3. Material e Métodos

3.1. Construção do modelo de análise

Tendo em consideração que a GRH é imprescindível para a sustentabilidade, numa época em que é premente a racionalização de recursos (Antunes, 2001; OPSS 2009), surgiu a iniciativa de aprofundar esta temática. Pretende-se com este trabalho, compreender o impacto do SRB no controlo da assiduidade e da pontualidade dos profissionais de saúde. Esta é uma problemática actual e que surgiu em 2007 com a obrigatoriedade da implementação destes sistemas em todos os hospitais do SNS mandatada por despacho ministerial.

Após quatro anos, desta implementação, pouca é a literatura que nos traduz a realidade vivida nestes hospitais, facto é que, da experiência pessoal como profissional de saúde do SNS e utilizadora deste sistema, constato que este mantém lacunas e a sua potencialidade não está a ser totalmente empregada. É neste sentido que este projecto se revela contribuir à melhoria e transparência da gestão de recursos humanos das instituições de saúde, especificamente dos hospitais. Compreender os conhecimentos, atitudes e comportamentos destes profissionais poderá fornecer informação para entender o fenómeno do controlo de assiduidade e pontualidade e produzir estratégias para otimizar a aplicação desta ferramenta de gestão que, como já descrito pretende descentralizar o acesso à informação e acelerar a comunicação.

Desta forma, elaborou-se como objectivo principal: Contribuir para a informação sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos dos profissionais de um hospital do SNS, face à implementação do sistema de registo biométrico no controlo da assiduidade e da pontualidade.

Como objectivos específicos definiu-se: (i) Identificar os conhecimentos, atitudes e comportamentos dos profissionais, do hospital em estudo, face à implementação do sistema de registo biométrico no controlo da assiduidade e da pontualidade; (ii)

Sensibilizar as entidades responsáveis do hospital em estudo, para a melhoria dos mecanismos de controlo da assiduidade e da pontualidade.

3.2. Desenho da investigação

Segundo Fortin (2000), o desenho de investigação corresponde ao plano lógico elaborado e utilizado pelo investigador para obter as respostas válidas às questões de investigação. Os métodos de investigação, para Strauss e Corbin (2009), são um conjunto de procedimentos e técnicas para colectar e analisar dados. Desta forma, o desenvolvimento metodológico adoptado para a elaboração deste trabalho de projecto consiste no tipo de investigação exploratório-descritivo e transversal.

Numa primeira fase é utilizado o método qualitativo. Foram realizadas cinco entrevistas semi-estruturadas exploratórias a peritos, nomeadamente, profissionais com cargos de gestão e de chefia de um hospital do SNS, foram obtidos dados através da observação directa do investigador, utilizador do sistema, e foi utilizada literatura não -técnica de forma a contribuir com informação significativa para a elaboração do estado da arte e acrescentar informação crítica sobre esta problemática. Este método de cariz qualitativo pretende abordar esta temática do ponto de vista sociológico da gestão e surgiu no âmbito da existência de lacuna de informação documental escrita.

A pesquisa qualitativa pretende produzir resultados não alcançados através de procedimentos estatísticos ou de outros meios de quantificação e explorar áreas sobre as quais pouco se sabe. Consiste na pesquisa sobre a vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos e também na pesquisa sobre funcionamento organizacional, movimentos sociais, fenómenos culturais e interacção entre nações (Strauss e Corbin, 2009).

Como já foi referido, a escassa literatura nesta área levou ao recurso a entrevistas, à observação directa e à literatura não-técnica, pelo que não se pretende criar teoria mas sim descrever a realidade de um hospital do SNS na perspectiva de peritos na área da gestão da saúde e de profissionais que lidam com este sistema diariamente. A literatura não técnica pode fornecer questões, conceitos iniciais e ideias para amostragem teórica e ser usada como fonte de dados e agir como base para

desenvolvimento da teoria geral (Strauss e Corbin, 2009). A informação descrita no âmbito da problemática do SRB no capítulo dois, restringe-se à proximidade de uma amostra para com este sistema.

Numa segunda fase será utilizado o método quantitativo, do tipo descritivo exploratório, utilizando um estudo de caso, com a aplicação de questionários de resposta fechada, com o objectivo principal de conhecer os principais conhecimentos, atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde do hospital em estudo, face à implementação do sistema de registo biométrico no controlo da assiduidade e da pontualidade.

Considera-se dois tipos de variáveis. As variáveis principais: conhecimentos, atitudes e comportamentos; e as variáveis sócio-demográficas: sexo, idade, profissão, tipo de vínculo à instituição e experiência/conhecimento de sistemas de controlo de assiduidade e pontualidade.

Na medida em que este estudo segue uma vertente descritiva, pretende-se essencialmente apresentar os dados que se encontram e não, necessariamente, encontrar relações causais entre variáveis. Neste sentido, não existe formulação de hipóteses.

3.3. População e Amostra

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, transversal, de tipo estudo de caso. Além do recurso a entrevistas em profundidade e a observação directa, será feito um inquérito por questionário a uma amostra que dificilmente será representativa de toda a população de médicos e enfermeiros do hospital em estudo. Sendo o questionário de auto-resposta, admite-se que a taxa de resposta seja mais baixa entre os médicos (20 a 30%) do que entre os enfermeiros (50 a 60%).

A amostra será, antes de conveniência, sendo constituída por todos os respondentes, médicos e enfermeiros, de um hospital do SNS. O número da amostra deverá ser de cerca de 150 elementos para cada classe profissional, com a previsão de que um número significativo de profissionais não responderá ao questionário. Desta forma

obter-se-á resultados susceptíveis de poderem ser trabalhados em termos estatísticos (n= 30 em cada grupo profissional).

3.4. Método de colheita de dados

Na primeira fase deste trabalho, e porque se trata de um estudo do tipo exploratório-descritivo, serão utilizadas entrevistas semi-estruturadas em que a formulação e sequencia das questões não serão predeterminadas, isto é, há questões que poderão surgir no contexto da entrevista e outras que estarão previamente formuladas para serem colocadas. O objectivo principal deste método de colheita de dados é conhecer a significação dada ao fenómeno em estudo na perspectiva dos peritos entrevistados.

Na segunda fase deste trabalho, serão utilizados questionários estruturados com questões de escolha fixa ou pergunta fechada, nomeadamente questões de gradação, utilizando escalas do tipo Likert. Pretende-se, desta forma, produzir respostas com menor variabilidade, passíveis de serem validamente comparáveis entre si, mais facilmente analisáveis, codificáveis, informatizáveis e de fácil resposta (Foddy, 1996).

O questionário elaborado (Anexo IX) pretende compreender de que forma os sujeitos do estudo, lidam com o sistema de registo biométrico, percebendo se o conhecem, se concordam com as características dele e como se comportam perante o sistema. Este questionário será acompanhado de uma carta de apresentação (Anexo VIII).

O questionário será submetido à discussão e à crítica de peritos com o objectivo de detectar erros técnicos e gramaticais.

Posteriormente será realizado um pré-teste a cerca de dez a trinta sujeitos pertencentes a uma amostra que reflecta a diversidade da população visada. Segundo Fortin (2000) o pré-teste tem como objectivo principal a avaliação da eficácia e pertinência do questionário, verificando a compreensão semântica do mesmo, se as questões dão resposta à informação pretendida, se é longo e não desperta interesse e se as questões são ambíguas.

Para Fortin (2000) é necessário assegurar de que o meio, onde o estudo será realizado, é acessível ao investigador e proporciona a colaboração e autorizações necessárias das comissões de investigação e de ética. Perante esta condição, foi elaborado um pedido de autorização dirigido ao presidente do conselho de Administração do hospital em estudo, o qual consta dos anexos (anexo X).

Obtida a autorização (Anexo VII) e a versão definitiva do questionário, aplicar-se-á o mesmo à amostra em estudo. A colheita de dados decorrerá num único momento, isto é, no período de um mês. Os questionários encontrar-se-ão num envelope no secretariado dos serviços em estudo. Na primeira semana, do período da manhã, será reforçado ao administrativo para distribuir os questionários aos elementos presentes no serviço que ainda não tenham respondido.

3.5. Método de análise de dados

Após receber os questionários preenchidos, deverá ser realizada uma primeira leitura de forma a verificar o total preenchimento dos questionários. Seguidamente, exportam-se os dados para uma ferramenta de análise estatística de dados nomeadamente, o Excel e posteriormente, o SPSS (versão 17.0).

A análise dos dados será alvo de uma abordagem descritiva. As variáveis sócio-demográficas serão analisadas com recurso a tabelas de frequência absoluta (número absoluto) e relativa (percentagem). Serão descritas também as medidas de tendência central, nomeadamente médias, modas e medianas (quando aplicáveis).

As variáveis principais designadamente, conhecimentos, atitudes e comportamentos, poderiam ser eventualmente dicotomizadas com base nos valores atribuídos na escala de Likert. Considera-se: (i) o conhecimento adequado ou inadequado, (ii) a atitude favorável ou desfavorável e (iii) o comportamento correcto ou incorrecto.

Serão ainda analisados os das variáveis principais através da estatística descritiva, atendendo ao facto que a escala de Likert também pode ser considerada como uma escala de intervalos, que vai de 1 a 5.

Relativamente às questões de resposta ordinal em escala de Likert, a mediana é o valor que se situa a meio da fila ordenada de valores desde o mais baixo até ao mais alto, isto é, 50% da amostra encontra-se abaixo desse valor e os outros 50% encontram-se acima desse valor. Portanto no presente estudo, quando um item apresenta um valor de mediana superior a 3 (por exemplo 4,1) significa que pelo menos, 50% dos indivíduos considera verdadeira ou concorda com a afirmação.

A amplitude inter-quartil é a diferença entre o 3º quartil (75% da amostra) e o 1º quartil (25% da amostra), isto é, onde se situa os 50% valores centrais. Quanto menor o valor da amplitude inter-quartil, maior a concentração das opiniões (Reis, 2000).

O mesmo se aplica ao cálculo da média, por exemplo, se a média de uma determinada atitude for de 4,7 na escala de Likert isso significa que a amostra apresenta uma atitude bastante favorável.

Não podendo realizar testes de inferência causal, derivado ao número da amostra, poderá, no entanto, especular-se sobre possíveis diferenças de resultado entre médicos e enfermeiros.

3.6. Estudo de Caso

O hospital em estudo

O hospital em estudo é uma EPE, sob tutela do MS, pertencente ao SNS. Desenvolve a sua actividade na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Trata-se de uma unidade prestadora de cuidados de saúde diferenciados desenvolvendo também actividades na área do ensino e investigação. Possui valências básicas, intermédias e diferenciadas, em regime de ambulatório e de internamento, integrando a prestação de cuidados urgentes classificados como médico-cirúrgicos.

Os recursos humanos do hospital em estudo

Anualmente o hospital em estudo emite um relatório e contas em que são apresentadas as estatísticas do balanço social, e perante a observação destes relatórios se constata que o número de elementos das diferentes categorias profissionais não é estático. O número total de efectivos tem vindo a aumentar todos os anos, no período entre 2006 e 2010 (Quadro nº 8).

Quadro nº 8: Número de efectivos por grupo profissional, entre 2006 e 2010 no hospital do estudo de caso.

Grupo profissional	Ano	2006	2007	2008	2009	2010
Médico		471	464	468	512	514
Enfermeiro		821	848	876	913	913
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica		172	175	177	189	190
Administrativos		219	235	238	262	258
Serviços Gerais		561	570	621	660	652
Outros		135	114	95	103	114
Total		2.379	2.406	2.475	2.639	2.641

Fonte: Dados não publicados.

A TA do hospital em estudo tem vindo a baixar desde 2006 (Quadro n.º 9), existindo um pequeno aumento em 2010. Considera-se que 6,8% é um valor volumoso pelo que há necessidade de compreender/conhecer melhor este fenómeno, através da análise dos recursos humanos da instituição (perfil de assiduidade/pontualidade, características sociais) e dos motivos de ausência ao trabalho. Grosso modo, 7% de absentismo no ano de 2010, significa que num total de 2641 efectivos estiveram ausentes ao trabalho, durante todo o ano, 185 funcionários, com os custos (directos, indirectos e ocultos) que isso implica.

Quadro n.º 9: Taxa de absentismo do hospital em estudo, no período de 2006 a 2010.

Ano	2006	2007	2008	2009	2010
Taxa de absentismo	8,6%	7,2%	6,3%	5,8%	6,8%

Fonte: Dados não publicados.

Os motivos das ausências são variados. No seguinte quadro (nº 9) são esquematizados estes dados.

Quadro nº 10: Dias de ausência ao trabalho por motivo de ausência dos profissionais do hospital em estudo, entre os anos 2007 e 2010.

Ano	2007		2008		2009		2010	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Casamento	716	1,2	671	1,1	677	1,2	623	0,9
Doença	23318	39,8	26322	46,5	27296	49,0	30078	45,0
Paternidade	15414	26,3	14247	25,2	12852	23,0	18955	28,4
Acidente de serviço	4521	7,7	4454	7,9	3595	6,4	3817	5,7
Assistência a familiares	2038	3,5	1792	3,2	2250	4,1	2281	3,4
Outros	12543,5	21,5	9157,5	16,1	9078	16,3	11092,5	16,6
Total	58550,5	100	56643,5	100	55748	100	66846,5	100

Fonte: Dados não publicados.

Relativamente à análise dos dados, os dois quadros anteriores evidenciam dados preocupantes. Embora estes sejam ligeiramente inferiores à média dos resultados apresentados pelo Balanço Social Global do MS, continuam a levantar questões essenciais sobre a problemática da assiduidade, nomeadamente as causas das ausências e estratégias para reduzir estes números. É necessário saber quem se ausenta e porque motivo, de uma forma mais flexível e prática.

SRB no hospital em estudo

Tal como muitos hospitais do SNS, também este implementou o SRB no controlo de assiduidade e pontualidade após a divulgação do despacho ministerial nº 187/2007 e do cronograma em anexo a este. Esta implementação foi iniciada em 2008, com a recolha da leitura das impressões digitais de todos os funcionários. Não existiu informação acerca da privacidade dos dados e do tratamento desses dados. Os profissionais de saúde da instituição foram somente informados do cariz obrigatório desta medida através de circular normativa.

Existiram acções de formação aos gestores e profissionais com cargos de chefia relativamente à utilização do *software* que elaborava os horários e geria a assiduidade e pontualidade dos profissionais.

Foram colocadas máquinas de leitura do registo biométrico em todas as entradas do hospital, e em cada entrada, mais do que uma máquina.

A implementação iniciou-se de imediato em alguns serviços piloto até abranger todos os serviços deste hospital.

Actualmente, este sistema é totalmente utilizado por “uns”, parcialmente por “muitos” e raramente por “outros”, isto é, a medida não é cumprida por todos os profissionais nem é constante em todos os profissionais. Este é um facto conhecido pela administração mas esta não penaliza quem não cumpre. O incumprimento passa pelos profissionais que não realizam o registo biométrico à entrada e à saída do local de trabalho, e pelos chefes que não utilizam o sistema vigente no controlo da assiduidade e pontualidade dos seus profissionais.

Desta forma, os dados obtidos relativamente à TA e aos motivos de ausência foram fornecidos pelo hospital em estudo, através da análise dos recibos de vencimento. Embora o SRB no controlo de assiduidade e pontualidade tenha sido implementado

desde 2008, este não funciona em pleno e não fornece este tipo de dados, como seria idealmente desejável.

Identificar os conhecimentos, atitudes e comportamentos destes profissionais poderá fornecer informação para entender o fenómeno do controlo de assiduidade e pontualidade através do SRB e sensibilizar as entidades responsáveis a produzir estratégias para otimizar esta ferramenta de gestão.

4. Apresentação e Discussão dos Resultados

Após o tratamento dos dados é necessário organizá-los de forma clara e lógica para um melhor conhecimento do fenómeno que se pretende investigar. Embora o questionário não tenha sido aplicado será exposta uma hipotética apresentação dos resultados nomeadamente, através de tabelas para facilitar a leitura e análise dos resultados.

Inicialmente, seria importante caracterizar a amostra, esquematizando os dados das variáveis sócio-demográficas, por exemplo, através de uma tabela. A seguinte tabela expõe sistematicamente a caracterização da amostra através das variáveis sócio-demográficas sendo apresentados os valores das frequências absolutas (F_i) e percentagens. As percentagens, permitem avaliar o número de vezes que a variável ocorre relativamente ao total da amostra (Reis, 2000).

Após a esquematização das frequências absolutas e das frequências relativas das variáveis sócio-demográficas, seria importante descrever estes resultados calculando também as medidas de tendência central, designadamente a moda, uma vez que se trata de variáveis qualitativas nominais.

Quanto à idade, por se tratar de uma variável quantitativa contínua, é possível determinar a classe modal e a classe mediana e medidas de tendência não-central, designadamente os quartis e amplitude inter-quartil.

Tabela n.º 1: Caracterização da amostra relativamente às variáveis sócio-demográficas.

Variáveis		Amostra n =	
		Fi	%
Sexo	Feminino		
	Masculino		
Idade	≤ 30		
	[31 – 40]		
	[41 – 50]		
	≥ 51		
Profissão	Enfermeiro		
	Médico		
Vínculo Laboral	Contrato Individual de Trabalho (CIT)		
	CTFP		
	Outro		
Experiência/conhecimento dos sistemas de registo de assiduidade e pontualidade	Folha de Ponto		
	Cartão Magnético		
	Sistema Biométrico		

Apresentada a análise das variáveis sócio-demográficas, expõe-se agora a análise das variáveis principais (variáveis qualitativas nominais), nomeadamente os conhecimentos, atitudes e comportamentos.

O primeiro grupo de questões pretendeu conhecer o grau de veracidade ou falsidade, utilizando uma escala de 1 (totalmente falso) a 5 (totalmente verdadeiro), que os elementos da amostra atribuíam às afirmações apresentadas, aferindo assim o conhecimento destes sobre o sistema de registo biométrico.

A tabela seguinte apresenta, de forma hipotética, os resultados obtidos neste grupo de perguntas.

Tabela n.º 2: Apresentação dos resultados das afirmações relativamente aos conhecimentos.

		Conhecimentos									
Inquiridos	Afirmações	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1		5	4	5	2	4	5	2	1	5	4
2		4	4	5	1	4	4	1	2	4	4
3		5	5	4	2	5	5	2	2	5	4
4		4	4	4	1	5	4	1	3	4	4
5		3	4	4	3	5	4	2	1	5	5
...		4	5	4	2	4	2	2	1	5	4
Totais											

O segundo grupo de afirmações pretendeu conhecer o grau de concordância ou discordância, utilizando uma escala de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), que os elementos da amostra assumiam perante as declarações apresentadas, avaliando assim as atitudes destes sobre o sistema de registo biométrico. Seria apresentado numa tabela semelhante à n.º , os resultados obtidos neste grupo de afirmações.

O terceiro grupo de afirmações, o qual pretendia conhecer o grau de veracidade ou falsidade, utilizando uma escala de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), que os elementos da amostra atribuíam às afirmações apresentadas, dando a conhecer os comportamentos destes indivíduos perante o sistema de registo

biométrico. Estes dados seria apresentados numa tabela semelhante à n.º , tal como fora descrito para as variáveis principais anteriores.

Após esta apresentação esquemática em forma de tabela, seriam apresentados os dados mais relevantes das trinta e uma afirmações que compõe o questionário, nomeadamente com a descrição da frequência absoluta, frequência relativa, média, moda, mediana e interalo inter-quartil de cada uma delas.

Relativamente à discussão de resultados esperados, com base no estado da arte especula-se que:

Existirá uma maior percentagem de respostas de profissionais de enfermagem.

A categoria profissional dos médicos terá atitudes mais desfavoráveis e comportamentos mais incorrectos perante o SRB, relativamente aos enfermeiros.

O conhecimento relacionado com o SRB não deve ser muito diferente relativamente a estas duas categorias profissionais. Deverá sim, ser inadequado face à “pobre” informação divulgada junto dos profissionais.

5. Conclusão

Este trabalho de projecto pretendeu analisar o impacto do SRB no controlo da assiduidade e da pontualidade dos profissionais do SNS dando a conhecer o que formalmente deveria acontecer nas instituições de saúde e o que informalmente, de facto, acontece, na realidade vivida num determinado hospital do SNS, Não se trata de reconhecer quem cumpre ou não o que por lei é obrigado, mas sim compreender a relutância na utilização deste sistema e evidenciar a sua importância em termos de GRH e redução de custos. Neste sentido a abordagem da temática reverteu à importância do absentismo e do seu estudo e de que forma a utilização da ferramenta do SRB se justifica e poderá facilitar esta análise.

Este trabalho de projecto, incidente sobre uma temática controversa e polémica para a generalidade dos profissionais de saúde, mas pertinente para a direcção técnica e a gestão, exigiu uma investigação quase “etnográfica” para colmatar o défice de informação e conhecimento. Esta é uma das limitações principais deste trabalho de projecto, sendo importante referir que as entrevistas realizadas com o objectivo de fundamentar esta temática circunscrevem-se à experiência vivida pelos peritos de uma única instituição de saúde, trata-se de uma aproximação controlada e segura de uma pequena parte daquilo que é a enorme organização do SNS e que teve o objectivo de descrever uma realidade vivida e sentida por estes profissionais que poderá ou não ser equivalente à realidade de outros profissionais de outros hospitais.

O estudo de caso dá-nos uma visão mais real deste fenómeno ao constatar-se da existência de uma elevada TA do hospital em estudo, fomentada por vários motivos e cuja ferramenta (SRB), facilitadora da apresentação e análise destes resultados, está implementada não sendo, no entanto, as suas faculdades optimizadas. Analisar os conhecimentos, atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde face a este sistema implementado desde 2007, poderá permitir a sensibilização dos gestores à elaboração de estratégias promotoras da optimização do sistema.

Por se tratar de um estudo de caso, os resultados esperados são restritos a uma única instituição. Não se pode generalizar os resultados, facto que é apresentado como uma limitação do estudo. A amostra não assegura a representatividade estatística da

informação analisada, razão pela qual não foram feitas inferências causais das associações entre variáveis a observar.

O questionário apresenta também limitações, nomeadamente, a informação obtida através dos questionários é limitada pelo facto deste apenas conter respostas fechadas. As respostas ao questionário poderão não reflectir a realidade dos conhecimentos e principalmente das atitudes e comportamentos.

Relativamente à apresentação e discussão dos resultados, estes ficam para uma segunda fase do estudo. Fica o registo de um sentimento de expectativa face aos resultados da aplicação dos questionários acerca de uma temática muito comentada, mas pouco documentada.

Assim, e de um modo geral, pode-se concluir que, embora a implementação do sistema de registo biométrico tenha sido acompanhada de contestações, críticas e levantamento de dúvidas relativamente às razões formais que estão no cerne desta obrigatoriedade, os peritos reconhecem, actualmente, que esta poderá ser uma ferramenta eficiente na GRH dos hospitais do SNS. Após, mais de três anos da emissão do Despacho n.º 187/2007 e, tendo em conta a realidade de um hospital do SNS, o caminho é para a desburocratização dos processos e flexibilidade dos procedimentos. As novas tecnologias, em geral, e a informática, em particular, possibilitam, na actualidade a que se assiste, a concretização destes objectivos.

Para além do conhecimento acerca do impacto do SRB nos profissionais de saúde do hospital em estudo com que este trabalho de projecto pretendeu contribuir, a sensibilização dos gestores para esta temática constituía o segundo objectivo específico deste trabalho. Muito embora não tenham sido produzidos resultados mediante a não aplicação dos questionários projectados, a cultura participativa dos peritos que colaboraram neste trabalho, contribuiu para a exposição deste fenómeno sociológico que poucos descreveram. Este trabalho de projecto deixa uma porta aberta para a continuação do estudo levantando questões do tipo: De que forma se poderá melhorar a aplicação deste sistema? Como sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância do sistema?

6. Referências Bibliográficas

ACSS. UFEPRH - Balanço Social Global do Ministério da Saúde: 2008. [Em linha] Lisboa: ACSS, 2009. [Consult. 20 Abr. 2011]. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/BS2008.pdf>

ACSS. UFEPRH - Balanço Social Global do Ministério da Saúde: 2009. [Em linha] Lisboa: ACSS, 2010. [Consult. 20 Abr. 2011]. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Balan%C3%A7o%20Social%20do%20MS_2009.pdf

ACSS – Relatório e Contas: Ano de 2008. [Em linha] Lisboa: ACSS, 2009. [Consult. 20 Jun. 2011]. Disponível em [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relatorio%20e%20Contas%20SNS%202008%20\(final\).pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relatorio%20e%20Contas%20SNS%202008%20(final).pdf)

AGAPITO, S., SOUSA, F. – A influência da satisfação profissional no absentismo laboral. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 18:2 (2010) 132-139.

ANTUNES, M. J. - A Doença da Saúde: Serviço Nacional de Saúde, ineficiência e desperdício. Lisboa: Quetzal Editores, 2001.

BEVAN, S., HERON, P. - Reviewing attendance in the NHS: Causes of absence and discussion of management strategies. [Em linha] London: Health Education Authority, 1999. [Consult. 12 Maio 2011]. Disponível em http://www.nice.org.uk/nicemedia/documents/revattend_nhs.pdf

BILHIM, J. A. - Gestão Estratégica de Recursos Humanos. 4ª edição. Lisboa: UTL – ISCSP, 2009.

BISCAIA, A., MARTINS, J., CARROLO, M. – The state of the health workforce in Portugal. In FERRINHO, P., DUSSAULT, G. – Cahiers de sociologie et de démographie médicales. Paris, Centre de Sociologie et de Démographie Médicales. 2007. 259-273

CARRILHO, N. - O controlo biométrico: B – A insustentável leveza das medidas. [Em linha] Esculápio: Boletim Informativo. 30 (2007) 91-93 [Consult. 12 Maio 2011]. Disponível em http://www.smzc.pt/attachments/015_Esculapio.pdf

CNPD - Principais orientações da Comissão Nacional de Protecção de Dados: 1994 – 2004. Lisboa: CNPD, 2004.

CNPD - Princípios sobre a utilização de dados biométricos no âmbito do controlo de acessos e de assiduidade. [Em linha] CNPD, 2004. [Consult. 23 Fev. 2011]. Disponível em <http://www.cnpd.pt/bin/orientacoes/principiosbiometricos.htm>

DAVIES, R. W. – Absentismo: Cadernos de Gestão. 1ª edição. Lisboa: Gradiva, 1993.

DECRETO-LEI n.º 9/92. DR. 1ª Série-A. 18/92 (92.01.22) 439-441 - Altera o regime do balanço social das empresas, aprovado pela Lei n.º 141/85, de 14 de Novembro.

DECRETO-LEI n.º 190/96. DR. 1ª Série-A. 234 (96.10.09) 3530-3542- Regulamenta a elaboração do balanço social na Administração Pública.

DECRETO-LEI n.º 259/98. DR. 1ª Série- A. 189 (98.08.18) 4053- 4062 - Estabelece as regras e os princípios gerais em matéria de duração e horário de trabalho na Administração Pública.

DECRETO-LEI n.º 212/2006. DR.1ª Série. 208 (06.10.27) 7517-7525 – Lei Orgânica do Ministério da Saúde.

DECRETO-LEI n.º 234/2008. DR, 1ª Série. 233 (08.12.02) 8600-8608 - Altera a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro.

FERNANDES, A. C. - Menos profissionais para fazer mais. [Em linha] Jornal Expresso, 2008. [Consult. 12 Abr. 2011]. Disponível em <http://aeiou.expresso.pt/menos-profissionais-para-fazer-mais=f224682>

FODDY, W. - Como perguntar: Teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários. Oeiras: Celta, 1996.

FORTIN, M. - O processo de investigação: Da concepção à realização. 2ª edição. Loures: Lusociência, 2000.

FROIS, C. - Bases de dados pessoais e vigilância em Portugal: análise de um processo em transição. In FROIS, C. - A sociedade vigilante: Ensaio sobre identificação, vigilância e privacidade. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2008. 111-123.

FUNDAÇÃO EUROPEIA PARA A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA E DE TRABALHO - A prevenção do absentismo no trabalho: sinopse de investigação. [Em linha] Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, 1997. [Consult. 12 Maio 2011]. Disponível em <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/1997/15/pt/1/ef9715pt.pdf>

GAMA, D. - Produtividade médica e controlo biométrico da assiduidade. Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio-torácica e Vascular. 14 : 3 (2007) 127-128.

GARDNER, W.; TAYLOR, P. – Chapter 5: Absence: Sickness or Malingering. In GARDNER, W.; TAYLOR, P. – Health at work. London: Associated Business Programmes, 1975. 33-42.

GRAÇA, L. - Um problema de saúde pública: o absentismo por incapacidade para o trabalho. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 14 : 3 (1996) 5-19.

GRAÇA, L. - Absentismo global e específico: alguns problemas teórico-metodológicos. [Em linha] Lisboa: ENSP-UNL, 2003. [Consult. 12 Maio 2011]. Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos154.html>

IGS - Relatório de Actividades: 2006. [Em linha] IGS, 2006. [Consult. 11 Out. 2011]. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/73BD09AD-804B-400D-BBD5-654A94B318E5/0/RelatorioActividadesIGS2.pdf>

IGAS - Funcionamento do Gabinete do Utente/Cidadão: Estabelecimentos e Serviços do SNS: 2010. [Em linha] Processo nº 1/2011 INS, Relatório IGAS nº 51/2011, 2011. [Consult. 11 Jun. 2011]. Disponível em http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/E53AC120-3096-4979-8BC8-C58692E642DB/0/IGAS_Rela2010.pdf

JOHNSON, P.; WILLIAMS, R. - European securitization and biometric identification: the uses of genetic profiling. Ann Ist Super Sanità. 43 : 1 (2007) 36-43.

LEI n.º 141/85. DR. 1ª Série. 262/85 (85.11.14) 3308-4442 – Lei do Balanço Social.

LEI n.º 67/98. DR. 1ª Série-A. 247 (98.10.26) 5536-5546 – Lei da Protecção de Dados Pessoais.

LEI n.º 99/2003. DR. 1ª Série-A. 197 (03.08.27) 5558-5656 – Código do Trabalho.

LEI n.º 12-A/2008. DR. 1ª Série. 41-1.º Suplemento (08.02.27) 1326-(2) a 1326-(27) - Estabelece os regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas.

LEI n.º 111/2009. DR. 1ª Série. 180 (09.09.16) 6528-6550 - Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril

MALLADA, F. - La gestión del absentismo laboral en las empresas españolas. [Em linha] Alta dirección ISSN. 43:257-258 (2008) 29-39 Consult. 11 Abr. 2011]. Disponível em <http://www.revistainterforum.com/espanol/pdfes/Absentismo-Laboral-empresas-esp.pdf>

MARTINS, J. [et al] - Caracterização dos profissionais de saúde em Portugal: Parte I: Quantos somos e quem somos. Revista portuguesa de clínica Geral. 19 (2003) 513-517.

MARTINS, J. [et al] - Caracterização dos profissionais de saúde em Portugal: Parte II: Como estamos, onde estamos e como nos sentimos. Revista portuguesa de clínica Geral. 19 (2003) 627-635.

MILLER, B. - Vital Signs of Identity. IEEE Spectrum. (Fev. 1994) 22-30.

PORTUGAL. MTSS. GABINETE DE ESTRATÉGIA E PLANEAMENTO - Balanço Social 2008. [Em linha] Coleção Estatísticas. 2010. [Consult. 11 Maio 2011]. Disponível em <http://www.gep.mtss.gov.pt/estatistica/gerais/bs2008pub.pdf>

MORDINI, E.; OTTOLLINI, C. - Body identification, biometrics and medicine: ethical and social considerations. Ann Ist Super Sanità. 43 : 1 (2007) 51-60.

MORDINI, E.; PETRINI, C. - Ethical and social implications of biometric identification technology. Ann Ist Super Sanità. 43 : 1 (2007) 5-11.

NEGIN, M. *et al* - An iris biometric system for public and personal use. IEEE. (Fev. 2000) 2-7.

NHS INFORMATION CENTRE. WORKFORCE AND FACILITIES TEAM - Sickness absence rates in the NHS: October – December 2010. [Em linha] The Health and Social Care Information Centre, 2011. [Consult. 12 Maio 2011]. Disponível em:

http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/010_Workforce/absenceratesdec10/SA_Bulletin_Apr11.pdf

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE - 10 Anos de OPSS/30 Anos de SNS: razões para continuar: relatório de Primavera 2009; Coimbra: Mar da Palavra Edições, 2009.

OE - Posição da Ordem dos Enfermeiros sobre o controlo da assiduidade. [Em linha] 2006 [Consult. 11 Out. 2010]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_assiduidade.pdf

OM. CNMI - Utilização de dados biométricos para o controle da assiduidade dos Médicos. [Em linha] 2006 [Consult. 11 Out. 2010]. Disponível em http://www.medicointerno.com/Documentos/CNMI_06_102.pdf

OM. SRN – Novo sistema de controlo de assiduidade gera polémica. [Em linha] 2006 [Consult. 12 Out. 2010]. Disponível em http://www.nortemedico.pt/download.php?path=pdf&filename=NMC_2006_29_4_NM29_pag-4-19.pdf

PORTUGAL. MS. GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE. DESPACHO n.º 187/2007. [Em linha] 2007 [Consult. 11 Out. 2010] Disponível em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B436342B-F779-4C69-82EC-91A156F3246B/0/Binder1.pdf>

REIS, E. - Estatística Descritiva. Lisboa: Edições Sílabo, 2000.

RODRIGUES, J. - O controlo biométrico: A – Uma medida retrógrada. [Em linha] Esculápio: Boletim Informativo. 30 (2007) 90-91. [Consult. 11 Out. 2010]. Disponível em http://www.smzc.pt/attachments/015_Esculapio.pdf

RODRIGUES, L., et al. – Compreender os recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: Edições Colibri, 2002.

SANTANA, P.; VAZ, A. - Planeamento e Gestão dos Recursos Humanos. In CAMPOS, L.; BORGES, M.; PORTUGAL, R. - Governação dos Hospitais. Alfragide: Casa das Letras, 2009. 127-148.

SOKAL, R., ROHLF, F. - Biometry – The principles and practice of statistics in biological research. New York: Editora Freeman, 1995.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. - Métodos de Pesquisa: Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Brasil: Artmed-Bookman, 2009.

TYLAZAK, L. - Combater o absentismo: Soluções positivas para um velho problema: Um guia prático para ajudar a acabar com o absentismo. Lisboa: Monitor; 1993.

VAN DER PLOEG, I. - Genetics, biometrics and the informatization of the body. Ann Ist Super Sanità. 43 : 1 (2007) 44-50.

7. Anexos

Anexo I – Entrevista 1

Anexo II – Entrevista 2

Anexo III – Entrevista 3

Anexo IV – Entrevista 4

Anexo V – Entrevista 5

Anexo VI – Observação directa

Anexo VII – Pedido de autorização

Anexo VIII – Carta de apresentação

Anexo IX – Questionário

Anexo X - Cronograma

Anexo I

Entrevista 1 > Enfermeiro Chefe

Antes havia uma folha de ponto que não permitia um efectivo controlo de assiduidade. Era um pseudo-controlo.

O Despacho surgiu porque havia um problema de controlo de assiduidade que estava nos médicos. Ele surgiu com o objectivo de assegurar que estes profissionais estavam no local de trabalho. Eles são as principais unidades produtoras do Hospital.

Este sistema biométrico é bom se for implementado de forma correcta, neste hospital ele foi boicotado desde início e as suas potencialidades não estão a ser aproveitadas. Houve deficiências no processo de instalação e de gestão. As pessoas não gostam de ser controladas, querem um controlo monótono e com maior flexibilidade. O controlo através da proximidade do gestor e do trabalhador é que conta no controlo da pontualidade.

O sistema devia ter sido implementado de forma mais rigorosa. Existem pontos de *picagem* do dedo estratégicos para permitir o não cumprimento da assiduidade, *picar* o dedo não implica que o funcionário permaneça na instituição.

Na gestão, não é uma ferramenta útil, não gera escalas adequadas à realidade do horário de trabalho e não permite actualizações automáticas, tudo é feito manualmente. É complexo e demorado, despende tempo do gestor com a necessidade de justificar os atrasos e as ausências. É muito mau quando a equipa a gerir é grande. Eu não contabilizo as horas pelo sistema.

Não existe ligação directa entre as escalas e o programa de vencimento a nível de recursos humanos. Tudo se faz manualmente pelo que cria resistências à adesão do método. É necessário actualizar papel e sistema. A nível da gestão operacional e de recursos humanos, este sistema não produz indicadores de assiduidade nem de pontualidade.

Este sistema não serve, teria de ser outro, mais adequado às necessidades reais. O conceito é bom, mas a implementação levou a desvios. Não há cultura de assiduidade.

Anexo II

Entrevista 2 > Enfermeiro Chefe

A filosofia da implementação deste sistema é dar controlo a uma problemática dos hospitais, que toda a gente conhece. É uma tentativa moralizadora, de forma eficaz e simples de perceber o cumprimento dos horários dos profissionais de saúde.

Há gestores directos que fazem cumprir, há outros que não se interessam, não supervisionam.

O sistema deveria servir para controlar a assiduidade no trabalho, o número de horas extraordinárias. A exclusividade não é sinónimo de que são pontuais e cumprem a assiduidade.

A implementação do sistema foi uma tentativa frustrada porque o sistema não é amigável do utilizador, não é de fácil utilização. Despende muito tempo do gestor, porque tudo se faz manualmente. Há necessidade de justificar todos os atrasos à entrada (mesmo de 1 minuto) e todas as antecipações (mesmo de 1 minuto). As trocas, as baixas, os turnos extraordinários, é necessário actualizar constantemente e manualmente. Dois dias sem actualizar, por exemplo durante o fim-de-semana, vai acumular imensos dados que são necessários justificar.

Não há uniformização do sistema na criação de horários, escalas. O sistema biométrico não consegue gerar os horários dos profissionais dos hospitais que são complexos e rotativos. O sistema é básico no gerador de escalas e a administração não tem orçamento para pagar informáticos.

As pessoas não são penalizadas por não usarem o sistema. O objectivo do sistema não foi cumprido. O sistema é utilizado parcialmente. Em relação ao absentismo não mudou nada porque o sistema não é cumprido.

Acredito no objectivo do sistema, é moralizador e dá visibilidade ao cumprimento da assiduidade. No entanto não substitui o gestor.

Para melhorar o sistema, é necessário que este seja amigável do utilizador. As máquinas onde se “pica” têm que ser mais facilitadoras.

As instituições mudam ao ritmo das políticas e do governo (é mau). Nos hospitais é isso que acontece, os gestores também mudam.

Anexo III

Entrevista 3 > Administrador Hospitalar

O sistema biométrico surgiu por vontade política, através de um despacho. Com o objectivo de disciplinar alguns grupos profissionais, obrigá-los a estar presentes quando todos sabemos que não estão.

O sistema não resolveu a situação. Põe-se o dedo e depois vai-se embora. O superior hierárquico justifica a ausência. Nenhum superior hierárquico devia delegar esta tarefa noutra pessoa.

O sistema veio ajudar, porque vê-se coisas que estavam encapotadas. É mais flagrante nos médicos.

As pessoas não são penalizadas a não ser monetariamente. Quem recebe à hora é pago pelo sistema biométrico.

As pessoas não são mais assíduas por causa do sistema.

O sistema não está adaptado à realidade. Este programa, que também existe noutros hospitais, não se adapta à realidade deste hospital. A parametrização do programa como imagem reflectora dos serviços não é facilitadora. O sistema é moralizador mas não é *user friendly*. Era necessário um sistema mais flexível à realidade hospitalar.

O que é importante é que é um sistema para todos. Os gestores têm que dar o exemplo e serem os primeiros a *picar* o dedo. O que aconteceu em Santa Maria, foi errado.

Houve melhoria em relação ao livro de ponto.

Houve formação para os chefes mas mal dada, foi à pressa.

As horas a mais são contabilizadas como necessárias, o que às vezes não é verdade.

Não flexibilizou os horários de trabalho em relação aos administrativos, o horário acabou por ser reduzido.

Anexo IV

Entrevista 4 > Director Clínico

O sistema não é prático, porque apesar de gerar escalas, estas têm que ser alteradas manualmente, constantemente. Os elementos fazem trocas, trocam bancos, tardes e depois as escalas ficam completamente modificadas. A correcção das escalas leva muito tempo ao gestor. É um sistema mais aplicável aos horários fixos. O facto de se ter de confirmar todos os dias os atrasos e adiamentos leva muito tempo.

Também não é possível guiarmo-nos somente pelo sistema biométrico porque as entradas antecipadas e as saídas tardias (que não implica que as pessoas estejam a produzir) não correspondem ao horário correcto do elemento. Às vezes as máquinas também não funcionam e também é natural que ocorram esquecimentos.

Existe um regulamento interno para cumprir, os meus elementos sabem que têm que *picar* o dedo, eu também *pico* o dedo. No entanto, o pagamento é guiado pelas folhas de ponto antigas, que vão para o serviço de recursos humanos.

Da minha experiência não vejo que haja vantagens deste sistema em comparação com o manual, pelo facto de que as pessoas cumprem o horário, é raro haver faltas, as pessoas tentam trocar. O facto de *picar* ou não *picar* não prejudica o serviço porque as pessoas não faltam.

O sistema poderia produzir ganhos se houvesse um controlo mais apertado das horas extraordinárias, aí sim, conseguir-se-ia tentar economizar qualquer coisa.

Quem não cumpria os horários continua a não cumprir, porque vem ao hospital, realiza o registo biométrico e vai-se embora, até nos parques de estacionamento há máquinas para fazer o registo.

Houve formação dos gestores sobre o *software* do sistema biométrico e foi suficiente para conhecer o sistema, este é que não se torna prático.

Anexo V

Entrevista 5 > Técnico de Informática

Há cerca de dois meses, desde Abril/Maio deste ano, está a ser implementado um novo *software*, isto porque o sistema anterior era muito limitativo, pouco prático e pouco flexível.

Caracterização do *software* anterior:

Em termos de chefia directa, o sistema não elaborava as escalas, era sempre manualmente. Os pedidos de trocas eram feitos no papel após autorização, a chefia passava para o sistema. O sistema apresentava cerca de 726 horários em bruto e a chefia tinha de encontrar aquele que se adequava ao funcionário.

Este *software* apenas fazia a listagem daqueles que realizavam o registo biométrico.

Não tinha capacidade de elaborar relatório de faltas, nem qualquer outro relatório. Não fazia planos de férias, nem cálculo de horas extra e horas suplementares. Não fazia a soma das horas no final do horário.

O funcionário apenas conseguia ver a conta corrente e os próprios registos biométricos.

Em termos de gestão de recursos humanos, este *software* não extrapolava os horários para a aplicação de vencimentos, era tudo feito manualmente. Cumprir o registo biométrico era indiferente para a aplicação de vencimentos.

Caracterização do novo *software*:

A implementação deste novo *software* está a ser progressiva e gradual, está-se numa fase inicial em que existe já algumas chefias de enfermagem que a começaram a aplicar este mês. Está a ser dada informação por esta nova empresa, no sentido de acompanhar a implementação do novo *software*. Trata-se de um *software* mais prático flexível e adaptado à realidade hospitalar.

Este novo *software* permite elaborar horários adaptados à realidade, nomeadamente horários fixos, horários rotativos (enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos), escalas fixas.

Permite fazer o somatório das horas, registo dos feriados e tolerâncias para gastar, planos de férias, pedidos de troca dos funcionários e autorizações, marcação de ausências e justificação do funcionário. Tem uma bolsa de assiduidade em que classifica o funcionário em termos de pontualidade e disponibilidade, fornecendo tolerância de 15 minutos nas entradas e saídas e que não precisam de ser justificadas.

Elabora horários de trabalho com contagem das horas individual, números de efectivos (mínimos e máximos) e a sua impressão, para fixação no serviço, apresenta apenas os dados que a chefia quer.

Classifica as horas extra e horas suplementares. Identifica vários estados de ausência, designadamente comissões de serviço, descansos complementares, folgas, feriados, tolerância, horas de amamentação, formações.

Emite relatórios de ausência, assiduidade, férias, licenças, etc.

Através do processamento dos dados, estes são extrapolados para a aplicação de recursos humanos (presente neste software), calculando os vencimentos dos funcionários.

Os funcionários que não conseguem realizar leitura do registo biométrico, são uma pequena percentagem da população do hospital, todos os outros terão de realizar o registo biométrico quando o software estiver a funcionar em pleno. Os médicos serão os últimos a serem integrados no sistema porque são os que menos cumprem os registos biométricos.

Anexo VI

Observação directa

Nem todos os funcionários realizam o registo biométrico. Alguns referem que se esquecem, com alguma frequência, não sendo todavia penalizados por o não fazerem. Outros alegam que as máquinas que identificam as impressões digitais são de difícil utilização, por não aceitarem os algarismos do número mecanográfico correspondente, ou por não aceitarem a impressão digital, daí desistirem, à segunda ou terceira tentativa, de efectuar o registo biométrico.

Há pessoas cuja impressão digital nunca foi reconhecida pelas máquinas pelo que a assinatura foi sempre em suporte de papel.

As máquinas deterioram-se com o uso e com o tempo, os botões dos algarismos estão danificados e o visor apresenta a mensagem “a configurar” várias vezes, pelo que é necessário percorrer o hospital até outro local de registo biométrico. As assistências às máquinas pelos respectivos técnicos de manutenção não são imediatas e podem até levar semanas.

Existem máquinas distribuídas por todas as entradas do Hospital, num total de dezasseis, o que é um factor positivo.

As chefias não lidam com o sistema de igual forma. Determinados chefes exigem que os seus subordinados efectuem o registo biométrico e gerem os horários pela biometria. Outros não exigem que o registo biométrico seja cumprido e acabam por não utilizar a biometria para a gestão da assiduidade e pontualidade, fazem-no através de suporte de papel.

Independentemente da classe profissional (médicos ou enfermeiros), há profissionais que efectuem o registo biométrico e outros que assinam a folha de ponto em suporte papel, isto porque não existem penalizações para quem não faz o registo biométrico

O sistema falha por vezes na actualização dos dados no final do mês, altura em que algumas chefias imprimem, para suporte de papel, os dados da biometria. Esta falha está relacionada com a impossibilidade de entrar no sistema (por estar em actualização) ou com a não descrição do mês todo (ausência de dias). As actualizações no sistema são observadas 24 horas depois.

Não houve preparação prévia (informação e formação) dos profissionais sobre como iria funcionar o sistema biométrico, como seriam tratados os dados biométricos, como

iria ser garantida a validade, a fiabilidade e a privacidade dos dados biométricos recolhidos. Houve informação aos profissionais, através de circular normativa, do carácter obrigatório e do risco de penalização no caso de o sistema não ser cumprido.

Anexo VII

Pedido de Autorização

Ao Director do Conselho de Administração do Hospital

Assunto: Pedido de autorização para realização de questionários aos profissionais de saúde.

Eu, Elsa Regina Dias Araújo, aluna do V curso de Mestrado em Gestão da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para aplicar questionários, a médicos e enfermeiros, subordinado ao tema “Sistema de Registo Biométrico no Controlo da Assiduidade e da Pontualidade: estudo de caso num Hospital do SNS”.

O objectivo geral deste projecto de investigação é contribuir para a informação sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos dos profissionais de um hospital do SNS, face à implementação do sistema de registo biométrico no controlo da assiduidade e da pontualidade, de modo a poder melhorar-se o desempenho da função de Gestão de Recursos Humanos.

Os objectivos específicos são os seguintes:

- Identificar os conhecimentos, atitudes e comportamentos dos profissionais, do hospital em estudo, face à implementação do sistema de registo biométrico no controlo da assiduidade e da pontualidade;
- Sensibilizar as entidades responsáveis do hospital em estudo, para a melhoria dos mecanismos de controlo da assiduidade e da pontualidade.

Agradecendo a atenção dispensada, aguardo resposta com a maior brevidade possível.

Sem outro assunto de momento, com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 14 de Setembro de 2011.

Elsa Araújo

Anexo VIII

Carta de Apresentação

Eu, Elsa Araújo, enfermeira, a exercer funções na unidade de cuidados intensivos deste Hospital e estando a frequentar o V curso de Mestrado em gestão da saúde (2009/2011) da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa venho, por este meio, solicitar a colaboração dos colegas no preenchimento deste questionário.

Este questionário está inserido no âmbito da realização do trabalho de projecto do mestrado acima referido e destina-se a recolher dados relativos aos conhecimentos, atitudes e comportamentos dos médicos e enfermeiros deste Hospital face à implementação do sistema de registo biométrico (SRB) no controlo da assiduidade e da pontualidade.

Trata-se de um questionário de auto-resposta, com a duração de cerca de três minutos no seu preenchimento. A sua opinião sincera é muito importante. Desde já agradeço a sua colaboração.

Contacto:

Tel.: 918151779

E-mail: e.araujo@ensp.unl.pt

Anexo IX

Questionário > Conhecimentos, atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde face à implementação do sistema de registo biométrico no controlo da assiduidade e da pontualidade

I. Conhecimentos

Numa escala de 1 (Totalmente Falso) a 5 (Totalmente Verdadeiro), indique o grau de veracidade das seguintes afirmações, aplicadas ao seu local de trabalho:

	1 Totalmente Falso	2 Falso	3 Nem Falso Nem Verdadeiro	4 Verdadeiro	5 Totalmente Verdadeiro
1. A assiduidade melhorou com o sistema de registo biométrico (SRB), neste hospital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A pontualidade melhorou com a introdução do SRB, neste hospital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nesta instituição, os vencimentos são já calculados através do SRB.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. O SRB traduz melhor a realidade do perfil da pontualidade e assiduidade do que o livro de ponto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Todos os profissionais da instituição efectuem o registo biométrico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. O SRB produz indicadores reais do balanço social (taxa de absentismo, tipos de ausência, justificação de faltas,...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. O SRB facilita o tratamento de dados dos trabalhadores sobre assiduidade e pontualidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Quem não cumpre o registo biométrico é sancionado disciplinarmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Na minha instituição, é obrigatório todos os funcionários executarem o registo biométrico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Foi dada informação interna prévia aos trabalhadores sobre o funcionamento do sistema de registo biométrico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Atitudes

Numa escala de 1 (*Discordo Totalmente*) a 5 (*Concordo Totalmente*), indique o seu grau de concordância em relação às seguintes afirmações, aplicáveis ao seu local de trabalho:

	1 Discordo Totalmente	2 Discordo	3 Não Discordo Nem Concordo	4 Concordo	5 Concordo Totalmente
11. Gosto do sistema de registo biométrico no controlo da assiduidade e pontualidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Penso que o SRB alterou o meu pensamento de cumprimento da assiduidade e pontualidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Acho que o SRB foi uma boa opção para o controlo de assiduidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Julgo que o SRB foi uma boa opção para o controlo de pontualidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Prefiro o SRB ao sistema manual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Prefiro o SRB ao sistema de cartão magnético.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Prefiro o sistema de cartão magnético ao sistema manual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Penso que o SRB substitui a chefia no controlo de assiduidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Penso que o SRB substitui a chefia no controlo de pontualidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Acho que deveria de existir um maior número de máquinas para efectuar o registo biométrico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Acho que as máquinas para realizar o registo biométrico deveriam estar melhor distribuídas pela instituição.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Comportamentos

Numa escala de 1 (Totalmente Falso) a 5 (Totalmente Verdadeiro), indique o grau de veracidade nas seguintes afirmações, no contexto do seu trabalho:

	1 Totalmente Falso	2 Falso	3 Nem Falso / Nem Verdadeiro	4 Verdadeiro	5 Totalmente Verdadeiro
22.Efectuo sempre o registo biométrico à entrada do serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.Efectuo sempre o registo biométrico à saída do serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.Esforço-me por não me esquecer de cumprir o registo biométrico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.Procuro não me atrasar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.Com o sistema de registo biométrico passei a ser mais pontual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.Para mim, o SRB foi de fácil habituação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.Justifico sempre os meus atrasos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.Justifico sempre as minhas ausências ao trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.Quando uma máquina de registo biométrico não reconhece a leitura da minha impressão digital, procuro outra para fazer o registo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.Justifico sempre à chefia quando não consigo realizar o registo biométrico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Caracterização Sócio-demográfica

Por fim, responda às questões seguintes, as quais se destinam apenas à caracterização da amostra.

Sexo	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
-------------	----------------------------	----------------------------

Idade	≤ 30 <input type="checkbox"/>
	31 – 40 <input type="checkbox"/>
	41 – 50 <input type="checkbox"/>
	≥ 51 <input type="checkbox"/>

Profissão	Enfermeiro <input type="checkbox"/>
	Médico <input type="checkbox"/>

Vínculo laboral	Contrato Individual de Trabalho <input type="checkbox"/>
	Contrato de Trabalho em Funções Públicas <input type="checkbox"/>
	Outro <input type="checkbox"/>

Experiência / Conhecimento dos sistemas de registo de assiduidade	Folha de Ponto <input type="checkbox"/>
	Cartão Magnético <input type="checkbox"/>
	Sistema Biométrico <input type="checkbox"/>

Anexo X Cronograma

Data Actividades	2010			2011						
	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Junho	Julho	Agosto
Escolha do tema										
Elaboração do protocolo										
Entrega do protocolo										
Revisão da literatura										
Revisão metodológica										
Realização das entrevistas										
Redacção do trabalho de projecto										
Entrega do trabalho de projecto										